

**Universidade do Porto**  
**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**

**A VIVÊNCIA DO TRABALHO EMOCIONAL EM TÉCNICOS AUXILIARES  
DE SAÚDE**

**Patrícia Cunha Lourosa**

Outubro, 2016

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade  
do Porto, orientada pela Professora Doutora *Filomena Jordão*  
(FPCEUP).

## **AVISOS LEGAIS**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade intelectual.

## **Agradecimentos**

À Professora Filomena Jordão por toda a orientação e simpatia, disponibilidade, paciência e incentivo ao longo deste percurso.

A todas as Técnicas Auxiliares de Saúde por gentilmente se disponibilizarem a partilhar as suas vivências e permitirem tornar este estudo possível.

Aos meus pais e ao meu irmão por todo o apoio ao longo deste percurso e por acreditarem sempre em mim e no meu trabalho.

A todos os meus amigos por todo o apoio, preocupação, encorajamento e compreensão em mais uma etapa.

## Resumo

As emoções são consideradas uma componente-chave na prestação de serviços, particularmente nas funções que exigem uma interação entre o trabalhador e o cliente (Grandey, Fisk, Matilla, Jansen & Sideman, 2005). Assim, surge um crescente interesse pelo conceito de trabalho emocional, entendido como a gestão de emoções de modo a expressar emoções específicas na interação com o cliente e corresponder às expectativas organizacionais (Grandey, 2003). O trabalho emocional constitui uma parte significativa da função dos profissionais da área da saúde, existindo uma lacuna ao nível dos estudos sobre esta temática, em particular em Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS). Desta forma, pretendemos compreender a vivência do trabalho emocional nesta população, respondendo às seguintes questões de investigação: (Q1) Quais as estratégias de regulação emocional utilizadas pelos Técnicos Auxiliares de Saúde? (Q2) Quais os fatores que intervêm no processo de trabalho emocional? (Q3) Quais as consequências do trabalho emocional para os Técnicos Auxiliares de Saúde? Assim, optou-se pela realização de um estudo de carácter qualitativo e exploratório, através de um estudo de caso simples embutido (Yin, 2013). Os dados foram recolhidos através de entrevistas, realizadas a 9 participantes e, posteriormente, sujeitos a uma análise de conteúdo temática com recurso ao software Nvivo 11.

Os resultados obtidos demonstram que os participantes utilizaram sobretudo a estratégia de *surface acting* para regular as suas emoções. Interferem no processo do trabalho emocional fatores relacionados com as TAS, com a função e organização e com o paciente, sendo o comportamento do paciente, as características pessoais das TAS e a duração da interação os fatores mais verbalizados. São referidos pelos participantes efeitos positivos e negativos do trabalho emocional, sendo que os efeitos negativos a nível pessoal foram os que registaram maior número de verbalizações.

Consideramos que o trabalho emocional nos TAS deve continuar a ser explorado de modo a melhor compreender a sua vivência e ainda poder intervir a fim de atenuar os efeitos negativos do trabalho emocional nesta população.

**Palavras-chave:** Trabalho emocional; Técnicos Auxiliares de Saúde; Estratégias de regulação emocional.

## **Abstract**

Emotions are considered a key component on service installments, particularly in roles that demand an interaction between employee and client (Grandey, Fisk, Matilla, Jansen & Sideman, 2005). In consequence, an increasingly amount of interest for the emotional labor concept emerges, known as the emotions management necessary to express specific emotions on the interaction with the client and to correspond with organizational expectations (Grandey, 2003). Emotional labor plays a significant part when it comes to the role of health care professionals, existing a lack of studies on this subject, particularly on Health Care Assistants (HCA). Thus, we intend to understand the experiences of emotional labor on this population, answering to the following investigation questions: (Q1) What are the emotional regulation strategies used by Health Care Assistants? (Q2) What are the factors that intervene in the process of emotional labor? (Q3) What are the consequences of emotional labor for the Health Care Assistants? We opted for a qualitative and exploratory study, through a built-in simple case one (Yin, 2013). The data were collected from interviews, conducted to 9 participants and, posteriorly, submitted to a themed content analysis with the resort of the software Nvivo 11.

The obtained results demonstrate that the participants mostly used a surface acting strategy to regulate their emotions. Factors related with the HCA, the role and organization and the patient interfere with the process of emotional labor. The behavior of the patient, HCA personal characteristics and the duration of the interaction were the most verbalized factors. Both positive and negative effects were verified from emotional labor, being that the negative effects on a personal level were the ones that registered the highest amount of verbalizations.

We consider that the emotional labor on the HCA should continue to be explored so that its experience is better understood and to be able to intervene with the purpose of attenuating the negative effects that result from emotional labor on this population.

**Keywords:** Emotional labor; Health Care Assistants; Emotional regulation strategies.

## Résumé

Les émotions sont considérées comme un élément clé dans la prestation de services, en particulier dans les rôles qui exigent une interaction entre le travailleur et le client (Grandey, Fisk, Matilla, Jansen & Sideman, 2005). Ainsi, il y a un intérêt croissant pour le concept de travail émotionnel, entendue comme la gestion des émotions à exprimer des émotions spécifiques en interaction avec le client et répondre aux attentes de l'organisation (Grandey, 2003). Le travail émotionnel est une partie importante du rôle des professionnels de la santé, il existe un écart en termes d'études sur ce sujet en particulier les Aides-Soignants. De cette façon, nous cherchons à comprendre l'expérience de travail émotionnel dans cette population en répondant aux questions de recherche suivantes: (Q1) Quelles sont les stratégies de régulation émotionnelle utilisées par l'Aide-Soignant? (Q2) Quels sont les facteurs impliqués dans le processus de travail émotionnel? (Q3) Quelles sont les conséquences du travail émotionnel pour l'Aides-Soignants? Ainsi, il a été décidé d'effectuer une étude de la nature qualitative et exploratoire, une étude de cas intégrée simple (Yin, 2013). Les données ont été obtenues au moyen d'entrevues effectuées à 9 participants, et ensuite soumis à une analyse de contenu en utilisant le logiciel Nvivo 11.

Les résultats ont montré que les participants ont utilisé principalement la stratégie de *surface acting* pour maîtriser leurs émotions. Interférer dans le processus des facteurs émotionnels du travail liés à l'Aides-Soignants, avec la fonction, l'organisation et le patient. Le comportement du patient, les caractéristiques personnelles de l'Aides-Soignants et la durée des facteurs d'interaction ont été les plus verbalisés. Il y avait des effets positifs et négatifs du travail émotionnel, et les effets négatifs sur le plan personnel enregistré le plus grand nombre de verbalisation.

Nous croyons que le travail émotionnel dans Aides-Soignants devrait continuer à être explorées afin de mieux comprendre votre expérience et toujours capable d'intervenir afin d'atténuer les effets négatifs du travail émotionnel dans cette population.

**Mots-clés:** Travail émotionnel; Aide-Soignant; Stratégies de régulation des émotions.

## Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I – INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>                                | <b>3</b>  |
| 2.1. Trabalho Emocional .....   | 3         |
| 2.1.1. Definição .....  | 3         |
| 2.1.2. Processo de regulação emocional .....                          | 4         |
| 2.1.2.1. Display rules .....  | 5         |
| 2.1.2.2. Dissonância Emocional .....                                  | 6         |
| 2.1.2.3. Estratégias de regulação emocional.....                      | 7         |
| 2.1.3. Fatores que intervêm no processo de trabalho emocional .....   | 9         |
| 2.1.3.1. Fatores Individuais .....                                    | 9         |
| 2.1.3.2. Fatores organizacionais e da função .....                    | 10        |
| 2.1.3.3. Fator cliente .....  | 12        |
| 2.1.4. Consequências do Trabalho Emocional.....                       | 13        |
| 2.2. O Trabalho Emocional nos Profissionais de Cuidados de Saúde..... | 16        |
| <b>III – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>                                    | <b>19</b> |
| 3.1. Objetivos do Estudo e Questões de Investigação .....             | 19        |
| 3.2. Método .....   | 19        |
| 3.2.1. Estudo de Caso.....  | 20        |
| 3.2.1.1. Contexto .....   | 20        |
| 3.2.1.2. Caso .....   | 20        |
| 3.2.1.3. Unidades de Análise .....                                    | 21        |
| 3.3. Técnica de Recolha de Informação .....                           | 22        |
| 3.4. Procedimento.....  | 24        |
| 3.5. Técnica de Análise de Informação .....                           | 24        |
| <b>IV – REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO, RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>        | <b>26</b> |
| 4.1. Redução de Dados .....   | 26        |
| 4.2. Resultados e sua Discussão .....                                 | 26        |
| 4.2.1. Estratégias de Regulação Emocional .....                       | 26        |
| 4.2.2. Fatores que intervêm no processo do trabalho emocional .....   | 30        |
| 4.2.3. Consequências do trabalho emocional.....                       | 38        |
| <b>V – CONCLUSÃO E REFLEXÕES FINAIS .....</b>                         | <b>42</b> |
| 5.1. Considerações Finais.....  | 42        |
| 5.2. Implicações Práticas.....  | 43        |

|   |           |
|---|-----------|
| 5.3. Limitações Metodológicas .....             | 44        |
| 5.4. Sugestões para investigações futuras ..... | 44        |
| <b>VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>    | <b>46</b> |

## **Índice de Apêndices**

**Apêndice A:** Protocolo do Estudo de Caso

**Apêndice B:** Declaração de Consentimento Informado

**Apêndice C:** Guião da Entrevista Semiestruturada

**Apêndice D:** Sistema de Categorias

**Apêndice E:** Estratégias de regulação emocional

**Apêndice F:** Fatores que intervêm no processo do trabalho emocional

**Apêndice G:** Consequências do trabalho emocional

## **Índice de Quadros**

**Quadro 1:** Características dos participantes

**Quadro 2:** Estratégias de regulação emocional

**Quadro 3:** Verbalizações acerca das estratégias de regulação emocional

**Quadro 4:** Fatores que intervêm no processo do trabalho emocional

**Quadro 5:** Verbalizações acerca dos fatores que intervêm no processo do trabalho emocional

**Quadro 6:** Consequências do trabalho emocional

**Quadro 7:** Verbalizações acerca das consequências do trabalho emocional

## **Índice de Abreviaturas**

TAS: Técnico/a de Auxiliar de Saúde



## I – INTRODUÇÃO

As mudanças no mundo do trabalho tiveram um papel preponderante no crescimento do setor dos serviços. A globalização, a crescente influência das tecnologias de informação e comunicação e as mudanças demográficas contribuíram para uma desindustrialização e consequente aumento do setor dos serviços (Burke & Ng, 2006), sendo o trabalho manual substituído pelo trabalho mental (Chiavenato, 2004). Desta forma, passa a exigir-se às organizações agilidade, mobilidade e inovação face às mudanças rápidas e imprevistas, impulsionando-as para uma maior eficiência, competitividade e melhor atendimento ao cliente (Chiavenato, 2004; Burke & Cooper, 2006). O cliente assume então um papel central, pelo que as organizações passam a focar-se na capacidade de conquistá-lo. A sobrevivência e o crescimento de uma organização dependem dele, o que leva a que os produtos e serviços sejam continuamente ajustados às suas exigências e necessidades (Chiavenato, 2004).

Por outro lado, assiste-se a um crescente interesse pelas emoções no contexto do trabalho, sendo que atualmente as emoções ocupam um lugar de destaque nas organizações, especialmente nas organizações de serviços (Grama & Botone, 2009). Dada a relevância que as expressões emocionais têm demonstrado ter junto dos clientes, o trabalho emocional passa a ser considerado uma peça chave nas organizações e uma parte integrante do trabalho diário dos trabalhadores cujas funções exigem um contacto próximo com o cliente (Hulsheger & Schewe, 2011). Este caracteriza-se como sendo uma “gestão das emoções, de modo a criar uma expressão facial e corporal publicamente observável” (Hochschild, 1983, p.7), de modo a corresponder às emoções desejadas organizacionalmente (Brotheridge & Lee, 2003). A prestação de um serviço de qualidade é cada vez mais valorizada pelas organizações, pelo que, de modo a poder controlar o serviço fornecido e garantir que segue os padrões de qualidade estabelecidos, as organizações procuram regular a expressão emocional dos trabalhadores em determinadas profissões através de regulamentos organizacionais (Zapf, 2002). A prestação dos serviços passa assim a centrar-se num conjunto de expectativas acerca do que devem ser as reações emocionais dos trabalhadores na interação com os clientes (Hochschild, 1983), exigindo dos trabalhadores a expressão de emoções apropriadas à sua função, de modo a ir ao encontro dos objetivos organizacionais.

As relações estabelecidas com os clientes podem ser muito exigentes e requererem do trabalhador uma grande empatia e envolvimento emocional. Segundo Dormann e Zapf (2004), interagir com um cliente nem sempre é agradável, pelo que esta interação pode provocar insatisfação e *stress* no trabalhador. Os estudos têm demonstrado que os trabalhadores são muitas vezes confrontados com clientes desagradáveis e por vezes até

mesmo com situações de violência (Kern & Grandey, 2009). Estas situações exigem do trabalhador uma capacidade de auto-controlo para inibir as suas emoções de raiva ou tristeza e expressar emoções que podem não ser as genuinamente sentidas mas que serão as esperadas para a sua função (Cheung & Lun, 2015). O tipo de interação estabelecido entre o colaborador e o cliente terá impacto no bem-estar e na eficácia do desempenho do colaborador (Hulsheger & Schewe, 2011). Desta forma, o trabalho emocional pode apresentar consequências negativas para a saúde dos trabalhadores, tais como o stress ocupacional e o *burnout* (Hochschild, 1983). Contudo, existem também autores que defendem que o trabalho emocional pode produzir efeitos positivos para o trabalhador, como sentimentos de auto-eficácia e relacionamentos gratificantes (Grandey & Diamond, 2010; Brotheridge & Grandey, 2002).

Embora inicialmente o foco de estudo do trabalho emocional fossem profissões caracterizadas por uma interação homogénea e indiferenciada (Gutek, 1995), atualmente o conceito do trabalho emocional tem sido estudado em contextos cujas interações são mais personalizadas, mas de igual modo emocionalmente exigentes, como é o caso do contexto da saúde. Os estudos neste contexto têm sido realizados sobretudo com enfermeiros (De Castro, 2004; Mann & Cowburn, 2005), verificando-se uma carência de estudos acerca deste fenómeno noutros profissionais de cuidados de saúde, como é o caso dos Técnicos Auxiliares de Saúde<sup>1</sup>. Tendo em conta que estes profissionais estão na “linha da frente” na prestação de cuidados de saúde, traduzindo-se numa relação próxima com os pacientes e numa influência significativa na sua qualidade de vida diária (Rakovski & Price-Glynn, 2010), consideramos pertinente aprofundar o estudo do trabalho emocional nesta população em particular. Assim, pretendemos compreender a vivência do trabalho emocional em Técnicos Auxiliares de Saúde, mais especificamente compreender de que forma gerem as suas emoções no desempenho da função, identificar os fatores que intervêm no processo do trabalho emocional e compreender o impacto que o trabalho emocional tem nas suas vidas.

O presente trabalho estará estruturado da seguinte forma: 1) apresentação da revisão da literatura, abordando o processo de trabalho emocional tendo em consideração os fatores intervenientes, as estratégias de regulação emocional e as suas consequências para o trabalhador; 2) metodologia utilizada para a concretização do estudo empírico; 3) apresentação e discussão dos resultados; 4) sumarização dos resultados e suas implicações práticas, identificação das limitações do estudo e propostas para estudos futuros.

---

<sup>1</sup> Embora estes profissionais sejam designados de diversas formas (Auxiliares de Ação Médica, Assistentes Operacionais), a designação adotada no presente estudo será a de Técnicos Auxiliares de Saúde sugerida pelo Catálogo Nacional de Qualificações.

## II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. Trabalho Emocional

#### 2.1.1. Definição

Hochschild (1983) introduz pela primeira vez o conceito de trabalho emocional, caracterizando-o como um esforço por parte dos colaboradores para gerir as suas emoções de modo a exibir as emoções esperadas no desempenho da sua função, em troca de um salário. Desta forma, obriga a uma indução ou repressão de sentimentos de forma a sustentar uma imagem exterior positiva, exigindo do trabalhador uma coordenação entre a sua mente e os sentimentos (idem). A autora refere ainda que as funções que exigem um trabalho emocional têm três particularidades em comum: são funções que exigem um contacto com o público face a face ou por voz; exigem que o trabalhador seja capaz de provocar um estado emocional na outra pessoa, como por exemplo, de agradecimento ou de medo e, por último, permitem que o empregador possa controlar as atividades emocionais dos seus trabalhadores através da formação e da supervisão.

Mais tarde, Morris e Feldman (1996) definiram o trabalho emocional como “o esforço, o planeamento e o controlo necessários para expressar as emoções desejadas organizacionalmente durante as transações interpessoais” (p.987), pelo que, segundo estes autores, as emoções expressas são determinadas pelo ambiente e podem ser controladas e modificadas pelo próprio indivíduo. Além disso, dividem o trabalho emocional em quatro dimensões: a frequência da expressão emocional, a variedade de emoções requeridas, as regras de expressão emocional (*display rules*) e a dissonância emocional.

Já Brotheridge e Grandey (2002), tendo em vista integrar as perspetivas prévias acerca do conceito de trabalho emocional, estruturaram-no em duas categorias: *job-focused* e *employee-focused*. A categoria *job-focused* refere-se ao nível das exigências emocionais inerentes às características do trabalho de cada indivíduo, pelo que o trabalho emocional pode ser medido em termos de *display rules*, frequência, duração, variedade e intensidade das interações com os clientes num ambiente particular (Kim, 2008), variáveis estas que influenciam o processo do trabalho emocional (Grandey, 2000). Por outro lado, a categoria *employee-focused* centra-se no processo ou experiência dos trabalhadores em gerir as suas emoções durante a interação com os clientes, recorrendo a estratégias de regulação

emocional como *deep acting* e *surface acting* (Kim, 2008; Liu, Perrewé & Hochwarter, 2004).

O processo do trabalho emocional está por isso centrado nas exigências emocionais requeridas para o exercício de determinadas funções, de modo a que os colaboradores da organização adotem comportamentos “emocionalmente corretos” e produzam um bom desempenho (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso, 2004). Com a demonstração eficaz de emoções atrativas pretende-se tornar a experiência do cliente satisfatória (Gabriel, Daniels, Diefendorff & Greguras, 2015). Desta forma, os trabalhadores devem estabelecer relações interpessoais de qualidade com os clientes de modo a que estes fiquem satisfeitos com o serviço prestado e consequentemente associem a organização a uma boa prestação de serviços. Este objetivo é constantemente monitorizado pelo trabalhador durante a interação com o cliente, de modo a garantir uma aproximação àquilo que é esperado pela organização e reduzir a discrepância quando sentida (Gabriel et al., 2015). Esta ideia vai ao encontro do postulado pela teoria de Rafaeli e Sutton (1987) de que existe uma influência mútua na construção da interação por parte do trabalhador e do cliente. Segundo os autores, a emoção inicial é demonstrada pelo trabalhador, estimulando a outra pessoa a dar uma resposta à emoção exibida, estabelecendo uma interação. Segue-se a reação do trabalhador, o remetente da mensagem inicial, procurando reajustar-se ao feedback recebido (abandonando, corrigindo ou continuando a interação). É com base neste teor instrumental das emoções na interação com o cliente que o trabalho emocional é visto como a comercialização dos sentimentos humanos (Pina e Cunha et al., 2004).

### **2.1.2. Processo de regulação emocional**

A existência de um conjunto de expectativas relativas ao que devem ser as emoções apropriadas dos trabalhadores na interação com os clientes (Hochschild, 1983), as *display rules*, obriga-os a gerirem as suas emoções. Deste modo, utilizam estratégias de regulação emocional com o intuito de expressar as emoções desejadas para o desempenho das suas funções (Hulsheger & Schewe, 2011). Por um lado, o trabalhador pode estar em harmonia com as *display rules*, expressando genuinamente as emoções desejadas através da estratégia de regulação automática (Diefendorff, Croyle & Gosserand, 2005). Por outro, pode ser confrontado com uma dissonância emocional entre as suas emoções e as requeridas, exigindo de si um maior esforço emocional para regular as emoções através do uso de estratégias como *surface acting* ou *deep acting* (Martínez-Iñigo, Totterdell, Alcover

& Holman, 2007). Neste processo de regulação emocional, que tem consequências tanto para a organização como para o indivíduo (*idem*), intervêm uma diversidade de fatores relacionados com os colaboradores, com os clientes e com a própria função e organização. É sobre estes aspetos que nos debruçaremos nas secções seguintes.

#### **2.1.2.1. Display rules**

As *display rules* têm um papel importante na gestão de emoções, traduzindo-se nas regras que prescrevem as emoções esperadas que os trabalhadores expressem durante o desempenho da sua função, retirando-lhes autonomia emocional (Grandey, 2003).

Wharton e Erickson (1993) consideraram três tipos de *display rules*: integrativas, diferenciadoras e de máscara. As *display rules* integrativas requerem a expressão de emoções positivas e a supressão de emoções negativas. Este tipo de regras são as mais comuns no setor de serviços tendo em conta o objetivo de criar emoções positivas também nos clientes. Por seu lado, as *display rules* diferenciadoras requerem a expressão de emoções negativas e supressão das emoções positivas. Estas regras são comuns em profissões que pretendem criar emoções negativas nos seus alvos, tais como cobradores de dívidas ou polícias em contexto de interrogatório (Diefendorff & Richard, 2008). Por fim, surgem as *display rules* que requerem mascarar as emoções sentidas, sejam positivas ou negativas, de modo a transmitir uma expressão imparcial e objetiva (e.g. juízes, terapeutas) (*idem*).

Originalmente, o conceito de *display rules* foi definido por Ekman (1973, cited in Diefendorff & Richard, 2008) como sendo a perceção do indivíduo sobre o que deve fazer com a sua expressão facial numa situação em particular. No campo de investigação do trabalho emocional, estas caracterizam-se por padrões de expressão emocional definidos pela organização de modo a guiar aquilo que os trabalhadores devem ou não expressar no trabalho, e assim facilitar a concretização dos objetivos organizacionais (Diefendorff & Richard, 2003). Ambas as conceptualizações, *display rules* contextuais e prescritivas respetivamente, são importantes para compreender o processo do trabalho emocional e têm influência na expressão emocional do indivíduo na realização do seu trabalho (Diefendorff & Richard, 2008).

Enquanto as *display rules* prescritivas refletem uma influência organizacional sobre as expressões emocionais dos seus trabalhadores, de uma perspetiva *top-down*, as *display rules* do tipo contextual vão depender das características de cada situação, incluindo as emoções sentidas pelo ator e a pessoa com quem interage, refletindo uma perspetiva de

*bottom-up* (idem). Dada a realidade dinâmica e complexa de um trabalho, as *display rules* prescritivas podem não ser suficientemente orientadoras para os trabalhadores em situações específicas. Desta forma, Diefendorff e Richard (2008) argumentam que as *display rules* contextuais representam sub-objetivos na tentativa de atingir as *display rules* prescritivas, sendo moldadas quer por informação organizacional, quer individual, de modo a dar resposta às exigências de cada situação particular.

Agir de acordo com as *display rules* é um elemento importante no desempenho de qualquer trabalho que exija uma interação com os clientes. Dentro de uma mesma organização, as *display rules* podem ser percebidas distintamente entre diferentes grupos ou unidades, tendo em conta as atividades específicas de cada unidade (Diefendorff, Erickson, Grandey & Dahling, 2011), assim como se espera diferentes comportamentos para diferentes contextos. Todos os indivíduos têm de se adaptar às exigências emocionais específicas que a profissão e a organização impõem que sejam demonstradas na realização do seu trabalho (Hulsheger & Schewe, 2011).

As organizações recorrem a estas regras com o intuito de formalizar o comportamento e reduzir as suas variações, e assim conseguir predizê-lo e controlá-lo (Mintzberg, 1979). A sua transmissão pode ser concretizada de um modo explícito e formal, recorrendo, por exemplo, a práticas como a formação (Pina e Cunha et al, 2004). A formação interna é uma ferramenta à qual as organizações recorrem como forma de standardizar os procedimentos e guiar os trabalhadores por regras comuns, uma vez que muitos indivíduos adquirem formação fora da organização e trazem consigo regras associadas ao que deve ser o desempenho da sua função (Mintzberg, 1979). Por outro lado, as regras podem ser transmitidas de uma forma mais implícita, através de um processo de socialização e da própria cultura organizacional (e.g. linguagem, símbolos), em que o indivíduo vai recebendo indicações de um modo mais informal acerca daquilo que é ou não desejado em termos de expressão de emoções na organização (Pina e Cunha et al, 2004).

Desta forma, constata-se que a pressão (explícita ou implícita) das organizações para que as pessoas manifestem ou se inibam de expressar determinadas emoções leva os trabalhadores a sentirem necessidade de regular as suas emoções (Hochschild, 1983).

#### **2.1.2.2. Dissonância Emocional**

Se existem ocasiões em que os trabalhadores facilmente expressam as suas emoções de acordo com as regras organizacionais, existem outras em que as emoções sentidas não estão de acordo com as emoções desejadas. O indivíduo sente dissonância

emocional quando a sua resposta é incongruente com as expectativas relativas aos requisitos emocionais da sua função, levando a um conflito entre a pessoa e a sua função e, por sua vez, à necessidade de regular as suas emoções (Rafaeli & Sutton, 1987). O processo de regulação emocional diz respeito a um esforço, consciente ou inconsciente, do indivíduo para mudar um ou mais aspetos da emoção (Gross, 1998), surgindo como uma forma de modificar a dissonância emocional sentida no desempenho da sua função.

A dissonância emocional envolve três aspetos distintos: as emoções que são requeridas pelas *display rules*, as emoções sentidas e as emoções expressas (Zerbe, 2000, cited in Hulsheger & Schewe, 2011). Com isto, podem ocorrer dois tipos de situações de dissonância emocional, sendo que uma delas ocorre quando o colaborador sente uma discrepância entre as emoções sentidas e as previstas pelas regras da organização, referida como *emotion-rule dissonance*. Este tipo de dissonância emocional é considerado um antecedente ao processo da regulação emocional, particularmente às estratégias de *deep* e *surface acting* (Holman, Martinez-Iñigo & Totterdell, 2008). A dissonância emocional pode também ser referida como a discrepância entre a emoção sentida e a expressa, considerada uma *fake emotion display*, sendo considerada uma consequência do processo de regulação emocional (idem).

### **2.1.2.3. Estratégias de regulação emocional**

A fim de regular os sentimentos e expressões de modo a atingir os objetivos organizacionais podem ser utilizadas três estratégias de regulação emocional: *deep acting*, *surface acting* e regulação automática, cada uma com exigências de esforço psicológico diferente (Martinez-Iñigo, Totterdell, Alcover & Holman, 2007). O tipo de estratégia de regulação emocional utilizado é determinante na relação entre o trabalho emocional e o bem-estar do indivíduo (Grandey, 2000).

A estratégia de *deep acting* centra-se na auto regulação dos sentimentos e surge quando os indivíduos tentam influenciar aquilo que sentem com o intuito de sentir e mostrar verdadeiramente o papel que é esperado. Neste caso, não é apenas regulado o comportamento expressivo, mas também os sentimentos, existindo por isso uma necessidade de direcionar a atenção para coisas agradáveis de modo a invocar pensamentos, imagens e memórias para induzir uma certa emoção (Ashforth & Humphrey, 1993; Zapf, 2002) ou reavaliar a situação para induzir a emoção requerida (Grandey, 2000). É considerada uma estratégia de regulação emocional *antecedent-focused* visto que ocorre antes do desenvolvimento da emoção, afetando a perceção e o processamento de

estímulos emocionais, ajudando por isso a modificar a situação ou as cognições da situação no início de uma emoção, antes de provocar qualquer resposta comportamental ou fisiológica (Grandey, 2000). Deste modo, a estratégia de *deep acting* resulta num estado emocional em que as emoções sentidas e expressas pelos indivíduos são congruentes (Mesmer-Magnus, DeChurch & Wax, 2012), e, por isso, numa demonstração emocional genuína das emoções requeridas (Hulsheger & Schewe, 2011).

Por outro lado, a estratégia de *surface acting* é uma forma de tentar gerir os aspetos visíveis das emoções, de forma a adequarem-se às *display rules*, enquanto os sentimentos permanecem inalterados. Torna-se por isso uma forma de fingir sentir a emoção esperada, levando à existência de uma dissonância emocional entre os sentimentos e a expressão (Zapf, 2002). É considerada uma estratégia de regulação emocional *response-focused* dado que se centra na regulação das expressões e é utilizada após a emoção já se ter desenvolvido. Desta forma, não são ajustados os sentimentos, mas apenas é feita uma gestão da expressão emocional, surgindo como uma espécie de máscara. Isto é conseguido através de uma cuidadosa apresentação verbal e não-verbal, tendo em conta a expressão facial, os gestos e o tom de voz (Mann & Cowburn, 2005). A resposta emocional é ajustada e procura modificar-se o comportamento suprimindo, amplificando ou fingindo emoções (Grandey, 2000). O uso desta estratégia é especialmente crítico na compreensão do potencial *stress* consequente do trabalho emocional, dada a necessidade de regular a expressão e não os sentimentos, dado que a expressão emocional é o aspeto que tem maior influência no cliente por ser facilmente observável (Grandey, Fisk & Steiner, 2005).

Embora as estratégias de *deep acting* e *surface acting* sejam consideradas formas de ajudar os indivíduos a expressar emoções, não surgem naturalmente (Diefendorff, Croyle & Gosserand, 2005). Em 1993, Ashforth e Humphrey já defendiam que um foco exclusivo nas estratégias de *deep* e *surface acting* ignorava o facto de os indivíduos poderem espontaneamente experienciar e demonstrar as emoções apropriadas. Segundos os autores, o trabalho emocional pressupõe um desempenho das funções em conformidade com as regras da organização, pelo que um trabalhador que expressa genuinamente as emoções adequadas não deixa de realizar trabalho emocional.

Zapf (2002) propõe a regulação automática como sendo uma forma automática de demonstrar as emoções desejadas organizacionalmente através de emoções espontaneamente sentidas. Diefendorff e colaboradores (2005) confirmaram a existência de um terceiro processo de regulação emocional em que os indivíduos expressam naturalmente a emoção sentida, processo distinto das estratégias de *deep acting* e *surface*



*acting*. Esta é uma estratégia que exige um nível de esforço psicológico muito menor quando comparada com as restantes estratégias (Martinez-Iñigo et al, 2007). Quando os indivíduos veem os seus recursos esgotados, podem optar por deixar de recorrer a estratégias mais exigentes como o *deep* e o *surface acting*, adotando estratégias menos exigentes como a expressão genuína das suas emoções. Tendo em conta que para um mesmo indivíduo os seus recursos variam consoante o momento, estes podem adotar mais do que uma estratégia emocional durante o decorrer do seu trabalho (Cheung & Lun, 2015).

### **2.1.3. Fatores que intervêm no processo de trabalho emocional**

Segundo Grandey (2000), o processo do trabalho emocional integra um conjunto de variáveis situacionais, individuais e organizacionais, consideradas os *inputs* do processo, que vão intervir no processo de regulação emocional de cada indivíduo, que por sua vez irá produzir efeitos no bem-estar individual e organizacional. Também outros autores confirmam o impacto de fatores baseados nas diferenças individuais e nas características do trabalho nas estratégias de trabalho emocional (Diefendorff et al, 2005). Gracia, Ramos e Moliner (2014) referem ainda os fatores relacionados com os clientes como determinantes na presença do trabalho emocional. Este é por isso um processo complexo, no qual diversos fatores demonstram ter um papel preponderante.

#### **2.1.3.1. Fatores Individuais**

As características individuais mostram ter influência na forma como é percebido o trabalho emocional e consequentemente nas suas implicações, isto é, as diferenças e as interpretações individuais que fazemos das nossas experiências emocionais influenciam a forma de sentir e perceber determinado estímulo, e a forma como os indivíduos gerem as suas emoções (Grandey, 2000; Schaubroeck & Jones, 2000). Assim, os indivíduos que são capazes de adaptar os seus sentimentos e expressões emocionais aos padrões socialmente desejáveis, ou seja, considerados emocionalmente adaptáveis (Schaubroeck & Jones, 2000), mostram-se frequentemente capazes de expressar emoções apropriadas exigindo pouco esforço da sua parte para fazê-lo (Ashforth & Humphrey, 1993). Por outro lado, existem indivíduos emocionalmente menos adaptáveis, que não se identificam com as regras da organização, pelo que terão maior dificuldade em demonstrar a expressão pretendida, exigindo um maior esforço da sua parte durante o desempenho emocional da sua função (Schaubroeck & Jones, 2000; Liu, Perrewé & Hochwarter, 2004).

Por outro lado, Morris e Feldman (1996) sugeriram que a afetividade (positiva e negativa) estaria relacionada com o trabalho emocional. A afetividade positiva reflete uma tendência para experienciar emoções positivas, enquanto a afetividade negativa está associada a uma tendência para experienciar emoções negativas (Diefendorff et al, 2011). Assim, o afeto positivo estará relacionado com tendências motivacionais e o afeto negativo com tendências de evitamento (idem). Quando as exigências do trabalho sobre expressar emoções positivas ou negativas são discordantes da afetividade do indivíduo, gera-se uma dissonância. Um indivíduo com elevada afetividade negativa terá dificuldade em demonstrar emoções positivas numa interação, pelo que terá que exercer um maior trabalho emocional para expressar a emoção positiva (Grandey, 2000). Posto isto, um indivíduo com afetividade positiva terá maior facilidade em adotar uma estratégia de *deep acting* dada a motivação para experienciar emoções positivas, comparativamente com um indivíduo com afetividade negativa (Diefendorff et al, 2011).

Diefendorff e colaboradores (2005) enfatizam o papel de traços de personalidade como a consciência, a amabilidade, a auto monitorização, o neuroticismo e a extroversão no processo do trabalho emocional. A amabilidade traduz a necessidade de desenvolver e manter relações positivas, pelo que as pessoas com esta característica têm tendência a expressar mais facilmente emoções genuínas ou adotar a estratégia de *deep acting*. Pessoas com elevados níveis de conscienciosidade são usualmente cuidadosas e responsáveis, pelo que são menos propícias a adotar estratégias de *surface acting*. As pessoas extrovertidas experienciam emoções positivas mais frequentemente e, por isso, espera-se que expressem emoções genuínas, sendo menos propícias a utilizar a estratégia de *surface acting*. Por outro lado, espera-se que os indivíduos com elevados níveis de neuroticismo experienciem emoções negativas regularmente e usem mais estratégias de *surface acting* para regular as suas emoções. Já a auto monitorização traduz um auto controlo dos comportamentos expressivos de acordo com o que é esperado, utilizando mais frequentemente a estratégia de *surface acting* (idem).

### **2.1.3.2. Fatores organizacionais e da função**

As características do trabalho têm influência no trabalho emocional dos trabalhadores do setor dos serviços (Hochschild, 1983). Morris e Feldman (1996) referem que as funções em que são estabelecidas numerosas interações com os outros exigem dos trabalhadores uma maior necessidade de regular a expressão das suas emoções. Uma maior frequência de interações estará relacionada com o aumento da rotina e consequentemente

com interações mais repetitivas e estandardizadas. Desta forma, esta variável encontra-se positivamente relacionada com a estratégia de *surface acting* visto que interações frequentes tornam menos provável a exibição de emoções genuínas por parte dos trabalhadores (Brotheridge & Lee, 2003).

Já a duração das interações encontra-se positivamente relacionada com o *deep acting*. Perante interações de longa duração, a estratégia de *deep acting* parece ser a eleita visto que se torna difícil para os colaboradores fingir emoções durante um longo período de tempo com o mesmo cliente. Além disso, as interações tornam-se mais pessoais e são exibidas emoções genuínas mais facilmente também (Diefendorff et al, 2005).

Alguns estudos têm testado a ideia de que a autonomia no trabalho minimiza o *stress* percebido no processo de regulação emocional (Grandey, 2000). O facto de os colaboradores percecionarem uma maior autonomia no seu trabalho não só reduz o *stress* na interação com o público e as exigências emocionais percecionadas nessas interações, como também se torna um fator motivador e de autoconfiança para o colaborador (Grandey, Fisk & Steiner, 2005; Grandey & Diamond, 2010). Morris e Feldman (1996) referem que a autonomia no trabalho está negativamente relacionada com a dissonância emocional e com a exaustão emocional, e positivamente relacionada com a satisfação no trabalho. Um estudo de Wharton (1993) num hospital e num banco registou que os colaboradores, cujas funções requerem um trabalho emocional com o público, demonstram estar mais satisfeitos e menos desgastados com o seu trabalho quando têm maior controlo sobre ele comparativamente com aqueles que têm um menor controlo. Assim, os colaboradores que têm maior autonomia sentem menos dissonância emocional, havendo maior probabilidade de expressar as suas emoções verdadeiras contrariamente aos colaboradores com menor autonomia que experienciam habitualmente mais sentimentos falsos (Morris & Feldman, 1996).

A autonomia relaciona-se com o carácter estandardizado ou personalizado das interações. Por um lado, as interações personalizadas são simultaneamente construídas pelo cliente e pelo colaborador, o que as torna mais livres, levando este último a sentir-se mais motivado e satisfeito com o seu trabalho (Grandey & Diamond, 2010). Por outro lado, as interações estandardizadas caracterizam-se pela consistência de cliente para cliente, pelo que o trabalhador pode seguir um *script* para o que são considerados os comportamentos apropriados, conferindo-lhe por isso menor autonomia (idem). A presença das *display rules* está intimamente ligada a uma maior ou menor estandardização, pelo que regras organizacionais mais rígidas vão exigir uma maior necessidade de gerir as emoções

(Diefendorff et al, 2011). Dada a percepção de controlo externo e a pouca abertura para a criatividade individual nas interações, salienta-se ainda maiores exigências emocionais e consequentemente *stress* (Grandey & Diamond, 2010).

Um outro aspeto que pode interferir no processo do trabalho emocional é a relação temporal estabelecida entre o trabalhador e o cliente, diferenciando-se relações de serviço de encontros de serviço (Gutek, Cherry, Bhappu, Schneider & Woolf, 2000). As relações de serviço caracterizam-se por contactos repetidos entre o trabalhador e o cliente, em que já existe um historial de interações que se espera continuar no futuro. Já nos encontros de serviço o colaborador e o cliente interagem apenas uma vez sem expectativa de interagir novamente no futuro (idem). A familiaridade das relações de serviço está associada a uma maior satisfação do cliente, a uma maior empatia e confiança, e ainda a um maior suporte social, enquanto a falta de um contínuo nos encontros de serviço surge associado a uma baixa motivação intrínseca por parte do colaborador e a clientes mais indelicados (Grandey & Diamond, 2010; Gutek, Bhappu, & Liao-Troth, 1999). Desta forma, nas relações de serviço, a estratégia de *deep acting* mostra estar mais relacionada positivamente com o bem-estar do que nos encontros de serviço. Isto pode dever-se ao facto de se estabelecer relações mais próximas com o cliente em termos de simpatia e apoio social, e assim acabar por compensar o efeito esgotante que a estratégia de *deep acting* provoca nos colaboradores. Da mesma forma, a dissonância entre as emoções sentidas e as *display rules* poderá ser menos prejudicial nas relações de serviço dada a abertura que os colaboradores sentem a expressar as suas emoções tendo em conta a relação mais pessoal e de confiança estabelecida com o cliente (Hulsheger & Schewe, 2011).

Por fim, um outro aspeto organizacional que poderá ter influência no trabalho emocional é o suporte do supervisor percebido. Dado que a percepção de suporte por parte do supervisor proporciona um ambiente de trabalho positivo, este sentimento positivo pode ajudar a reduzir o trabalho emocional necessário. Com relacionamentos positivos e de apoio, as emoções esperadas podem ser genuinamente sentidas, pelo que indiretamente, este suporte poderá ajudar a lidar com o *stress* dos trabalhadores de serviços (Grandey, 2000).

#### **2.1.3.3. Fator cliente**

O cliente tem um papel relevante na vivência do trabalho emocional visto que é uma parte integrante da díade de interação. Através do modelo de interação social, Côté (2005) verificou que o comportamento do cliente assume um papel preponderante na forma

como o trabalhador se vai comportar e se vai sentir no decurso do episódio de interação, intervindo na relação entre as estratégias de regulação emocional e o bem-estar do mesmo.

Num estudo de Rupp e Spencer (2006) verificou-se que, perante a indelicadeza dos clientes, aumentava o esforço dos trabalhadores para regular as suas emoções. Por outro lado, uma regulação emocional que requer grande esforço pode produzir benefícios nos trabalhadores quando esse esforço é capaz de deixar o cliente satisfeito, que por sua vez tratará bem o trabalhador (idem). Num outro estudo realizado por Totterdell e Holman (2003) em call centres, as situações em que os clientes foram percecionados como desagradáveis estavam significativamente associadas ao fingimento de emoções por parte dos trabalhadores, isto é, ao uso da estratégia de *surface acting*. Quando os clientes se comportam de forma hostil ou desagradável suscitam uma maior dissonância emocional nos trabalhadores, comparativamente com situações em que os clientes são amigáveis. Assim, perante clientes menos amistosos, os trabalhadores experienciam maior *stress* e um pior desempenho. Contudo, a relação temporal tem influência no comportamento do cliente, sendo que o cliente tem mais tendência a ser desagradável num encontro de serviço, uma vez que só estabelece uma única interação com o trabalhador, não existindo intenção de se estabelecer uma relação (Grandey, Kern & Frone, 2007). Por outro lado, a frequência com que o trabalhador tem que lidar com comportamentos desagradáveis é preponderante no impacto que irá provocar. Se o comportamento desagradável for um evento singular, é improvável que seja percecionado como stressante, ao contrário de uma ocorrência frequente de comportamentos menos amistosos que pode levar à exaustão (Kern & Grandey, 2009). Por outro lado, clientes agradáveis poderão provocar nos trabalhadores sentimentos positivos como a autoestima (Wegge, Vogt & Wecking, 2007).

#### **2.1.4. Consequências do Trabalho Emocional**

A forma como os trabalhadores gerem as suas emoções no desempenho das suas funções é um fator crítico na predição dos resultados individuais e laborais (Grandey, 2000). Rafaeli e Sutton (1989) examinaram várias profissões do setor dos serviços e concluíram que a existência de trabalho emocional tem uma influência significativa no bem-estar psicológico dos indivíduos, no desempenho do seu trabalho e nos resultados organizacionais. Segundo Côté (2005), o trabalho emocional pode produzir tanto consequências positivas como negativas para os indivíduos e para as organizações.

Para Hochschild (1983), o controlo emocional das emoções exibidas é inerentemente stressante. Num estudo com comissários de bordo, a autora verificou que o

trabalho emocional leva a uma escassez dos sentimentos genuínos, tendo consequências negativas no bem-estar psicológico dos indivíduos, nomeadamente stress ocupacional e *burnout*. Ashforth e Humphrey (1993) defendem que o trabalho emocional não requer necessariamente um esforço consciente por parte do indivíduo, sendo que as estratégias de *surface* e *deep acting* podem tornar-se parte da sua rotina e contribuir para a eficácia do seu trabalho, mais do que produzir efeitos negativos como o *stress*. Contudo, também referem que se os trabalhadores não forem capazes de demonstrar expressões genuínas, o trabalho emocional pode tornar-se disfuncional para eles.

Já Hulsheger e Schewe (2011) referem que o uso das estratégias de *deep* e *surface acting* se interrelacionam com o bem-estar e com o desempenho de modos diferentes. O facto de a estratégia de *surface acting* envolver uma constante monitorização das emoções desejadas e das sentidas faz com que o indivíduo necessite de investir um esforço contínuo em mudar a expressão emocional, pelo que se torna um processo desgastante em termos de recursos mentais (*idem*). Esta estratégia, ao requerer um grande esforço por parte do indivíduo, leva a que os recursos restantes para outras tarefas sejam escassos, acabando por prejudicar o seu desempenho mental, particularmente em tarefas que envolvem o funcionamento executivo, como a memória, e em tarefas complexas que exigem tomada de decisões. Consequentemente, esta estratégia aumenta o *stress*, diminuindo o bem-estar do indivíduo (Martínez-Iñigo, Totterdell, Alcover & Holman, 2007; Hulsheger & Schewe, 2011). Brotheridge e Lee (2003) confirmam ainda uma relação positiva entre a estratégia de *surface acting* e a exaustão emocional tendo em conta a falta de autenticidade nas expressões emocionais, estando também associada a uma baixa satisfação com o trabalho (Hulsheger & Schewe, 2011).

No que diz respeito à estratégia de *deep acting*, Totterdell e Holman (2003) defendem que esta requer menos recursos cognitivos do que a de *surface acting*, contudo, o facto de obrigar a uma regulação emocional exige sempre um grande esforço mental e emocional por parte do colaborador (Hulsheger & Schewe, 2011). Contrariamente a outros estudos em que a relação da estratégia de *deep acting* com o *burnout* era fraca ou nula (Mesmer-Magnus et al, 2012; Brotheridge & Lee, 2003; Grandey, 2003; Bono & Vey, 2005), Diefendorff e colaboradores (2011) encontraram resultados significativos para o facto do *deep acting* predizer o *burnout*. Contudo, este estudo foi realizado com enfermeiros, pelo que esta relação significativa pode dever-se ao facto de ser mais desgastante modificar os sentimentos com pacientes em estado grave, comparando com outros contextos que encaram situações menos intensas emocionalmente, o que vem

reforçar a importância do contexto no processo do trabalho emocional (Hulsheger & Schewe, 2011). Por outro lado, o uso da estratégia de *deep acting* encontra-se positivamente relacionado com a satisfação com o trabalho e a satisfação do cliente, assim como com o envolvimento no trabalho (Mesmer-Magnus et al, 2012).

Schaubroeck e Jones (2000) defendem que o trabalho emocional apenas tem um impacto negativo na saúde dos indivíduos que têm uma baixa identificação com a sua função, assim como uma reduzida capacidade de se ajustar emocionalmente. Ashforth e Humphrey (1993) referem que quando existe uma identificação alta do indivíduo com a sua função, o trabalho emocional poderá não ter um impacto negativo no indivíduo, mas sim promover o seu bem-estar. Além disso, demonstrar emoções positivas produz reações também positivas quando essas emoções são percebidas como autênticas. Pugh (2001) verificou que expressar emoções positivas está intimamente relacionado com emoções positivas por parte dos clientes depois do serviço recebido e com a qualidade percebida do mesmo, que consequentemente influenciará a satisfação e a retenção dos clientes (Ashkanasy, Härtel & Daus, 2002). É com base nesta ideia que o *surface acting* estará associado negativamente com o êxito do desempenho do trabalhador e o *deep acting* positivamente (Hulsheger & Schewe, 2011). Por sua vez, a qualidade do desempenho dos trabalhadores na interação com o cliente terá impacto no facto de serem ou não selecionados, promovidos, remunerados, premiados, reconhecidos ou apoiados (Pina e Cunha et al, 2004). Exibir emoções positivas pode também propiciar um sentimento de autoeficácia para o trabalhador e ajudar a manter relacionamentos gratificantes no contexto laboral (Brotheridge & Grandey, 2002). Desta forma, o trabalho emocional pode ser visto como recompensador (Grandey & Diamond, 2010).

Já a estratégia de regulação automática está positivamente relacionada com o bem-estar dos trabalhadores e com a satisfação dos clientes. A autenticidade é um fator chave na avaliação que os clientes fazem da expressão do trabalhador, pelo que sendo esta uma estratégia de expressão emocional autêntica e natural, é de esperar que produza no cliente satisfação com o serviço e, consequentemente, satisfação para o trabalhador (Martinez-Iñigo et al, 2007).

Salienta-se ainda que quando uma situação requer respostas emocionais repetidas que exigem do colaborador uma regulação emocional, este pode enfrentar exaustão emocional ou diminuição da energia e fadiga (Grandey, 2000). Como forma de se distanciar dos efeitos negativos advindos da exigência emocional da função, surge a necessidade dos colaboradores em despersonalizar os clientes (idem). Ao desligar-se da

interação com o cliente, as reações que adviriam das suas emoções terão menor importância (Hochschild, 1983), funcionando como uma proteção individual e uma forma de atenuar o *stress* consequente do trabalho emocional.

## **2.2. O Trabalho Emocional nos Profissionais de Cuidados de Saúde**

Segundo Schaubroeck e Jones (2000), os trabalhadores cuja função exige um contacto muito próximo com o cliente tendem a experienciar um elevado trabalho emocional, sendo o caso dos profissionais da área da saúde. No contexto de saúde, o trabalho emocional é considerado uma parte significativa do papel de muitos profissionais de cuidados de saúde, sobretudo devido à importância que demonstra ter nos cuidados de saúde e nos pacientes que recebem esses cuidados (Sanders, 2013). Contudo, o estudo deste tema tem estado limitado sobretudo à classe dos enfermeiros, provavelmente devido à centralidade assumida das emoções nas suas funções (idem).

São os enfermeiros que frequentemente têm a função de elevar o estado de espírito dos pacientes em situações clínicas mais graves, assim como dos seus familiares, dando-lhes apoio quando estes recebem notícias menos boas, comportamentos estes que exigem dos enfermeiros a gestão das suas emoções (De Castro, 2004). Desta forma, os profissionais da área da saúde acabam por ter o desafio de lidar não só com o cliente direto, como a maioria das profissões que envolvem o trabalho emocional, mas também com os seus familiares, o que obriga a um maior desafio emocional.

Além disso, em alguns casos torna-se menos benéfico para o paciente a expressão de emoções genuínas. Perante um paciente que sente dor, medo ou ansiedade, cabe ao enfermeiro ajudar a gerir a reação do paciente, tranquilizando-o, o que acaba por ter um impacto positivo na sua recuperação e no seu bem-estar físico e psicológico (Sanders, 2013). No entanto, os enfermeiros podem sentir emoções negativas que não são adequadas à sua interação com o paciente. Como uma enfermeira referiu num estudo de Smith e Gray (2000), faz parte do seu trabalho demonstrar uma atitude carinhosa e de preocupação com os pacientes mesmo que o seu dia não esteja a correr bem. Neste seguimento, outra enfermeira relatou que perante um paciente que demonstra estar angustiado ou deprimido, mesmo que ela se sinta bem, o seu rosto vai demonstrar uma expressão mais cabisbaixa para estar de acordo com o humor do paciente (Staden, 1998, cited in Mann & Cowburn, 2005). Dado que é um aspeto fundamental da sua função proporcionar ao paciente uma sensação de segurança e conforto, as emoções negativas devem ser controladas ou



suprimidas (Sanders, 2013). Também a interação com pacientes hostis ou não cooperativos influencia a gestão das emoções dos enfermeiros. Num estudo com esta população, Beaudoin e Edgar (2003) verificaram que o confronto com pacientes indelicados produz consequências negativas para os profissionais, prejudicando o seu bem-estar mental, a sua satisfação no trabalho e o desejo de permanecer na organização. Perante estas situações, quando os enfermeiros não sentem o que era esperado na interação com o paciente, utilizam o trabalho emocional para garantir que as suas emoções correspondem às expectativas emocionais, as *display rules* (De Castro, 2004). Estas podem ser percebidas distintamente entre diferentes grupos ou unidades, tendo em conta as atividades específicas de cada unidade (Diefendorff, Erickson, Grandey & Dahling, 2011). Em contexto hospitalar, cada unidade pode ter a seu cargo diferentes tipos de pacientes (e.g. crianças, idosos) ou mesmo lidar com diferentes tipos de doenças, o que poderá resultar em *display rules* similares para os trabalhadores da mesma unidade, diferindo das restantes (Diefendorff et al, 2011).

A área de especialidade em que estes profissionais exercem funções tem também um papel importante no processo do trabalho emocional. Embora as exigências emocionais da interação com os pacientes sejam uma fonte de *stress* significativa para os enfermeiros em geral, é na área da saúde mental que se registam excessivos níveis de *stress* fruto de um trabalho que exige um contacto próximo e um envolvimento interpessoal intenso com os pacientes durante um longo período de tempo (Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill & Hannigan, 2000). Por seu turno, o *stress* experienciado pelos enfermeiros tem um impacto negativo nos pacientes, prejudicando a capacidade de prestar cuidados de saúde de qualidade (idem). Desta forma, segundo o estudo de Mann e Cowburn (2005), o trabalho emocional demonstra ter um impacto negativo na saúde destes profissionais.

Contudo, é reconhecido que o trabalho emocional poderá ser uma parte importante no exercício das funções de outros profissionais de saúde (Sanders, 2013). Num estudo realizado por Lovatt, Nanton, Roberts, Ingleton, Noble, Pitt e Munday (2015) em casas destinadas a cuidados paliativos, os assistentes de cuidados de saúde, vulgarmente conhecidos em Portugal como Auxiliares de Ação Médica ou Técnicos Auxiliares de Saúde, consideram como um dos seus papéis dar apoio aos pacientes e à sua família, assim como as próprias famílias dos pacientes reconhecem e valorizam este suporte emocional. Neste contexto, o trabalho emocional destes profissionais passava por ouvir o paciente e os seus familiares, orientando-os durante o decurso da doença e sendo uma presença tranquilizadora até à morte do paciente (idem). Neste estudo salienta-se ainda a morte do

paciente como um momento particularmente difícil não só para os familiares, mas também para os assistentes, que tiveram que apoiar e equilibrar emocionalmente a família, obrigando-os a gerir as suas emoções. As famílias podem ainda ser encaradas como fontes de *stress* para os profissionais (Bailey, Scales, Lloyd, Schneider e Jones, 2013).

Apesar de se sentirem orgulhosos do seu trabalho por ser desafiador, permitir cuidar dos outros e aprender novas habilidades (Rakovski & Price-Glynn, 2010), os assistentes de cuidados de saúde referem a dificuldade em estabelecer uma barreira entre a família dos pacientes e o seu lado profissional, pelo que emocionalmente envolvidos é mais difícil tomar as decisões corretas sobre as necessidades do paciente (Lovatt et al, 2015). Num estudo de Bailey e colaboradores (2013), estes constataram ainda que os assistentes que trabalham junto de doentes com demência mental optam por se distanciar emocionalmente dos pacientes de modo a conseguir realizar o seu trabalho e lidar com as suas exigências emocionais. Contudo, os estudos nesta população revelam-se escassos para permitir compreender todo o processo do trabalho emocional, tornando-se pertinente a realização do nosso estudo.

### **III – ESTUDO EMPÍRICO**

#### **3.1 Objetivos do Estudo e Questões de Investigação**

O presente estudo tem como objetivo compreender a vivência do trabalho emocional em Técnicos Auxiliares de Saúde, mais especificamente procuramos compreender de que forma os Técnicos Auxiliares de Saúde gerem as suas emoções no desempenho da sua função, identificar os fatores que intervêm no processo do trabalho emocional e, finalmente, compreender o impacto do trabalho emocional nestes profissionais.

Tendo em conta os objetivos definidos, pretendemos dar resposta às seguintes questões de investigação:

1. Quais as estratégias de regulação emocional utilizadas pelos Técnicos Auxiliares de Saúde?
2. Quais os fatores que intervêm no processo de trabalho emocional?
3. Quais as consequências do trabalho emocional para os Técnicos Auxiliares de Saúde?

#### **3.2 Método**

Tal como referido anteriormente, a literatura carece de informação acerca da vivência do trabalho emocional em Técnicos Auxiliares de Saúde, pelo que se torna pertinente uma investigação de carácter qualitativo e exploratório. Desta forma, pretendemos aceder às perceções de Técnicos Auxiliares de Saúde e compreender os seus significados no seu ambiente natural, contribuindo para uma visão holística acerca do contexto e assim compreender o fenómeno de uma forma mais profunda e integrada (Miles & Huberman, 1994).

Este estudo é do tipo exploratório, descritivo, não-experimental e transversal. Caracteriza-se como exploratório uma vez que o seu objetivo é aprofundar um fenómeno relativamente desconhecido; descritivo dado que se pretende obter uma descrição o mais aprofundada possível sobre o fenómeno; não-experimental uma vez que não implica a manipulação de variáveis; transversal visto que os dados serão recolhidos e analisados num só momento (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

### **3.2.1 Estudo de Caso**

Tendo em conta o interesse em explorar detalhadamente o trabalho emocional em Técnicos Auxiliares de Saúde, optámos pelo estudo de caso uma vez que é através de uma relação íntima entre o fenómeno e o contexto que podemos obter uma visão holística da nossa problemática de estudo (Hartley, 2004). Visto que um estudo de caso pretende “investigar um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto do mundo real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto podem não ser claramente evidentes” (Yin, 2013, p.17), consideramos o método mais adequado para o desenvolvimento da nossa investigação.

Assim, optámos por um estudo de caso simples embutido (Yin, 2013) cujo contexto é o hospitalar, o caso é a função de Técnico Auxiliar de Saúde e as unidades de análise são os participantes entrevistados.

Foi elaborado previamente um protocolo do estudo de caso (cf. Apêndice A) onde estão registados todos os procedimentos seguidos no desenvolvimento do estudo de modo a assegurar a sua confiabilidade (Yin, 2013).

#### **3.2.1.1 Contexto**

O nosso estudo incidiu sobre o contexto hospitalar. Podemos caracterizar um hospital como sendo um estabelecimento de saúde composto por serviços diferenciados e “dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica” (Portal da Codificação Clínica e dos GDH, 2010).

Os dados foram recolhidos junto de profissionais de dois hospitais privados e de dois hospitais públicos, pertencentes aos distritos de Aveiro e Porto, totalizando um total de quatro instituições de saúde diferentes. Segundo o INE (2016), existiam no ano de 2013 um total de 226 hospitais em Portugal, sendo 107 deles privados.

#### **3.2.1.2 Caso**

O nosso caso é a função de Técnico Auxiliar de Saúde, vulgarmente conhecida como Auxiliar de Ação Médica ou ainda Assistente Operacional (carreira a que pertencem). A designação de Técnico Auxiliar de Saúde é atualmente adotada pelo Catálogo Nacional de Qualificações (2016), sendo definido como um “profissional que auxilia na prestação de cuidados de saúde aos utentes, na recolha e transporte de amostras

biológicas, na limpeza, higienização e transporte de roupas, materiais e equipamentos, na limpeza e higienização de espaços e no apoio logístico e administrativo das diferentes unidades e serviços de saúde, sob orientações do profissional de saúde”. Segundo Lovatt e colaboradores (2015), estes profissionais prestam ainda apoio emocional aos pacientes e seus familiares, aspeto este que torna pertinente a escolha desta população como caso de estudo. Segundo o Eurostat (2016), foram contabilizados em 2013 aproximadamente 28.819 Assistentes de Cuidados de Saúde.

Embora a sua denominação não seja consensual, neste estudo optámos por designar estes profissionais como Técnicos Auxiliares de Saúde tendo em conta a designação sugerida pelo Catálogo Nacional de Qualificações e presente no Decreto Lei no 1041/2010 de 7 de Outubro do Ministério da Educação, 2010.

### **3.2.1.3. Unidades de Análise**

#### *Seleção dos Participantes*

A seleção dos participantes desenvolveu-se através de um processo de amostragem não probabilística, especificamente através da amostragem em bola de neve. Neste método é utilizado um pequeno grupo de participantes a quem são solicitados outros colegas até que a cadeia de participantes esteja selecionada (Burgess, 1997). O processo é interrompido quando é atingida a saturação teórica dos dados, isto é, quando os dados começam a apresentar redundância ou replicação (Bowen, 2008).

Para seleccionar a amostra, teve-se como critério escolher Técnicos Auxiliares de Saúde que no desempenho das suas funções e na área de especialidade onde trabalhavam tivessem um contacto próximo com os pacientes, exigindo estabelecer uma interação com eles e dessa forma terem necessidade de gerir as suas emoções. Tal como foi descrito anteriormente, esta profissão tem tarefas muito abrangentes, incluindo também tarefas administrativas e de limpeza de espaços, pelo que o uso deste critério era importante na escolha dos participantes. Além disso, procuramos seleccionar participantes cujo trabalho fosse realizado num contexto similar, neste caso em contexto hospitalar, procurando uma amostra equilibrada entre auxiliares de hospitais públicos e privados. Posto isto, no total foram seleccionados nove auxiliares.

#### *Caracterização dos Participantes*

No presente estudo contamos com a colaboração de 9 Técnicas Auxiliares de Saúde, todas do sexo feminino e com uma média de idades de aproximadamente 40,6 anos

(DP=10,65). Dos 9 participantes, 5 trabalham em hospitais privados e 4 em hospitais públicos, sendo que a antiguidade destes profissionais na função varia entre 1 ano e 2 meses e os 37 anos (M=10,21; DP=12,43) e a sua antiguidade na organização varia igualmente entre 1 e 37 anos (M=8,3; DP=12,39).

De modo a garantir o anonimato dos participantes, estes serão identificados através de Px, em que P significa participante e x o número atribuído ao participante tendo em conta a ordem cronológica pela qual as entrevistas foram realizadas. O Quadro 1 apresenta a informação geral acerca dos participantes.

**Quadro 1** – Caracterização dos participantes.

|    | Género | Idade | Habilitações | Hospital | Especialidade/<br>Unidade | Formação<br>no Hospital | Antiguidade<br>na Função<br>(anos) | Antiguidade<br>no Hospital<br>(anos) |
|----|--------|-------|--------------|----------|---------------------------|-------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| P1 | F      | 28    | 12ºano/Prof  | Privado  | Urgência                  | Sim                     | 1,2                                | 1,2                                  |
| P2 | F      | 43    | 12ºano/Prof  | Privado  | Urgência                  | Sim                     | 1,2                                | 1,2                                  |
| P3 | F      | 41    | 12ºano       | Privado  | Imagiologia               | Sim                     | 18                                 | 1                                    |
| P4 | F      | 46    | 12ºano/CTAS* | Público  | Imagiologia               | Não                     | 2                                  | 2                                    |
| P5 | F      | 48    | 12ºano       | Público  | Cuidados<br>Intensivos    | Não                     | 20                                 | 20                                   |
| P6 | F      | 48    | 9ºano        | Público  | Medicina                  | Sim                     | 8                                  | 8                                    |
| P7 | F      | 31    | Licenciatura | Público  | Cuidados<br>Intensivos    | Não                     | 2,5                                | 2,5                                  |
| P8 | F      | 56    | 9ºano        | Privado  | Internamento              | Não                     | 37                                 | 37                                   |
| P9 | F      | 24    | 12ºano/Prof  | Privado  | Cuidados<br>Continuados   | Não                     | 2                                  | 2                                    |

\*CTAS: Curso de Técnica Auxiliar de Saúde

### 3.3. Técnica de Recolha de Informação

As entrevistas presenciais foram a técnica selecionada para recolher a informação. Segundo Silverman (2001), a entrevista é uma ferramenta de investigação através da qual pretendemos intencionalmente conhecer os sentimentos, pensamentos e experiências das pessoas, e em que o entrevistador encoraja o entrevistado a refletir detalhadamente sobre os eventos experienciados e a descrever as suas experiências através das suas próprias definições. São, por isso, uma forma de ajudar o investigador a compreender o que as pessoas sentem e pensam e a reconstruir eventos nos quais não participa (Rubin & Rubin, 1995). É exigida do entrevistador uma escuta intensa, respeito e curiosidade pela

informação que o outro partilha, assim como um esforço verdadeiro em ouvir e compreender o que é dito (idem).

No nosso estudo realizou-se inicialmente uma entrevista exploratória não estruturada que teve como objetivo uma imersão no contexto e a exploração do fenómeno junto de uma Técnica Auxiliar de Saúde, tendo em vista a elaboração do guião da entrevista semiestruturada. Desta forma, foi apresentado nessa entrevista o seguinte estímulo: “Tendo em conta que o trabalho emocional é uma componente importante do seu trabalho, gostaria que explorasse a gestão que faz das suas emoções na interação com os pacientes e as exigências emocionais que sente ao realizar o seu trabalho”. Os dados recolhidos nesta entrevista permitiram então a construção do guião da entrevista semiestruturada que apresenta a seguinte estrutura: 1) apresentação dos responsáveis pelo estudo e do seu objetivo geral; breve esclarecimento acerca da definição do trabalho emocional; esclarecimento acerca do consentimento informado; 2) dados biográficos e profissionais dos participantes; 3) um grupo de questões subdivididas em *display rules*, fatores intervenientes no processo do trabalho emocional, estratégias de regulação emocional e consequências do trabalho emocional (cf. Apêndice B). Esta divisão das questões teve por base o processo de trabalho emocional, no qual intervêm um conjunto de fatores que terão um papel importante na estratégia de regulação emocional utilizada durante a interação com o paciente, assim como nos efeitos da gestão das emoções (Grandey, 2000). As *display rules* são também um interveniente significativo neste processo uma vez que regulam a atuação dos trabalhadores no desempenho das suas funções (Grandey, 2003). De forma a compreender a vivência do trabalho emocional é então importante considerar todos estes elementos.

Após a construção do guião da entrevista semiestruturada procedeu-se à realização de duas entrevistas piloto junto de duas Técnicas Auxiliares de Saúde. A realização destas entrevistas teve como intuito testar o guião da entrevista e assim clarificar as questões e verificar se é obtida a informação pretendida, permitindo assegurar a qualidade empírica do instrumento de recolha de informação. Tendo em conta a informação proveniente das entrevistas piloto, foram corrigidas algumas questões, ficando constituído o guião final da entrevista.

### **3.4. Procedimento**

Primeiramente, dada a grande diversidade de designações da população alvo de estudo, considerou-se pertinente o contacto com profissionais conhecedores desta população, uma vez que estiveram envolvidos na elaboração do seu perfil, de modo a compreendê-la mais aprofundadamente e ajudar na clarificação da designação mais adequada.

Num contacto inicial com os participantes foram explicados os objetivos de estudo, a duração média da entrevista e ainda a necessidade de ser gravada em formato áudio, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. Com o consentimento informado dos participantes (cf. Apêndice C), procedeu-se à realização das entrevistas e ao seu registo áudio. Segundo Yin (2013), registar uma entrevista em formato áudio permite uma interpretação mais precisa da entrevista do que se esta fosse apenas baseada em anotações.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de Março e Junho de 2016, em espaços familiares aos participantes, e tiveram uma duração média de 52 minutos.

### **3.5. Técnica de Análise de Informação**

A fim de analisar a informação recolhida optamos pela técnica de análise de conteúdo temática recorrendo ao software QSR NVivo 11. A análise de conteúdo caracteriza-se como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagem” (Bardin, 2011, p.40), pelo que toda a informação é organizada segundo categorias (idem). A análise de conteúdo encontra-se sistematizada em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação (Bardin, 1977).

Após a transcrição das nove entrevistas realizadas, constituindo estas o corpus de análise, seguiu-se uma leitura flutuante das mesmas. Esta etapa tem como objetivo contactar com o corpus de análise e assim conhecer mais aprofundadamente o seu conteúdo, surgindo as primeiras orientações e impressões. Desta forma, a leitura vai-se tornando mais precisa tendo em conta as questões de investigação definidas e o suporte teórico, dando início à “representação simplificada dos dados brutos”, surgindo assim o primeiro sistema de categorias que foi sendo aperfeiçoado ao longo de todo o processo de análise (Bardin, 1977). De modo a garantir a qualidade do sistema de categorias, todas as



categorias possuem uma definição operacional e na sua criação teve-se em consideração os critérios de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, produtividade e fidelidade (idem). As categorias emergiram simultaneamente de uma lógica dedutiva e indutiva, isto é, através da revisão de literatura efetuada e da informação partilhada pelos participantes, respetivamente.

Na fase de exploração do material ocupamo-nos essencialmente de operações de codificação, que “corresponde a uma transformação segundo regras precisas (...) que permite atingir uma representação do conteúdo” (p. 97), para depois poder propor inferências e fazer interpretações. O critério de recorte da análise de conteúdo foi a semântica, pelo que toda a informação foi analisada tendo em conta o tema (Bardin, 1977).

Com o objetivo de testar o sistema de categorias e validar a codificação da informação, foi solicitado a outro investigador a codificação de 10% do corpus do texto, tendo-se obtido uma boa concordância com uma percentagem média de 94%.

## IV – REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO, RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente capítulo apresentaremos a redução dos dados, seguida da análise e discussão da informação obtida no estudo empírico. Os resultados estarão organizados segundo as questões de investigação previamente enunciadas, pelo que para cada questão serão apresentados os seus resultados e, de seguida, a sua discussão.

### 4.1. Redução de Dados

O processo de redução de dados desenvolve-se através da seleção, simplificação e transformação dos dados num relatório escrito, ocorrendo durante todo o projeto até às conclusões finais (Bardin, 1977). Assim, este processo culminou num sistema de categorias com o total de 33 categorias, das quais 7 são *free nodes* e 26 são *tree nodes* (cf. Apêndice D). Os *free nodes* contêm informação relativa à caracterização dos participantes e às verbalizações que não se relacionam com a temática de estudo, pelo que a informação utilizada para dar resposta às questões de investigação formuladas está presente nos *tree nodes*. Os *tree nodes* estão organizados em 3 categorias gerais de 1º nível e 23 subcategorias, das quais 8 são de 2º nível e 15 são de 3º nível.

### 4.2. Resultados e sua Discussão

#### 4.2.1. Estratégias de Regulação Emocional

Como resposta à questão de investigação sobre “*quais as estratégias de regulação emocional utilizadas pelos Técnicos Auxiliares de Saúde?*”, verificámos que foram identificadas pelas participantes três estratégias de regulação emocional: *deep acting*, *surface acting* e regulação automática. O Quadro 2 apresenta o número de verbalizações e as fontes de cada uma das estratégias utilizadas, destacando-se a estratégia de *surface acting* como a mais verbalizada (47 verbalizações) por todos os participantes, seguindo-se a estratégia de *deep acting* (22 verbalizações), tendo sido a estratégia de regulação automática a menos mencionada (6 verbalizações). De modo a ilustrar os resultados obtidos, apresentamos no Quadro 3 (cf. Apêndice E) alguns exemplos de verbalizações proferidas pelos participantes.

**Quadro 2: Estratégias de regulação emocional**

| Estratégias de Regulação Emocional |                       | Verbalizações | Fontes |
|------------------------------------|-----------------------|---------------|--------|
|                                    | <i>Deep Acting</i>    | 22            | 6      |
|                                    | <i>Surface Acting</i> | 47            | 9      |
|                                    | Regulação Automática  | 6             | 5      |
|                                    | Total                 | 75            |        |

**Discussão:**

Os resultados obtidos vêm confirmar a existência de três estratégias de regulação emocional que ajudam as TAS a expressarem as emoções desejadas, sendo elas a estratégia de *deep acting*, *surface acting* e regulação automática (Martinez-Iñigo et al, 2007).

A estratégia de *surface acting* demonstra ser a mais utilizada pelas TAS, tendo sido referida por todas as participantes, percebendo-se que estas tentam maioritariamente regular apenas a expressão emocional, fingindo sentir a emoção esperada e, por isso, atuando como uma máscara ao esconder os verdadeiros sentimentos (Grandey, 2000). Esta estratégia é encarada pela P3 como uma forma de “*fazer teatro*”, referindo que “*às vezes sou um bocado teatral, tem que ser, de forma a que a pessoa, fujo da minha maneira de ser e à beira da pessoa viro outra, tem que ser, reajo totalmente diferente, mas por dentro sabe Deus como estou às vezes*” (P3). Esta verbalização vem confirmar a existência de uma dissonância entre aquilo que a participante sente e aquilo que expressa na interação com o paciente (Zapf, 2002). Esta estratégia é essencialmente utilizada para demonstrar ao paciente uma atitude positiva sobre o seu estado de saúde e motivá-lo perante um estado de saúde menos bom “*é assim, custa, às vezes custa porque a gente sabe que o que está a dizer muitas vezes não é verdade, “Vai melhorar, tenha paciência, faça assim, faça assado”, e a gente até sabe que dali não há melhorias*” (P5). Em situações que o estado de humor da TAS não é congruente com as regras organizacionais, esta muitas vezes opta por fingir emoções, “*mas eu por muito chateada que esteja nunca transmito, nem para o doente nem para ninguém, eu posso estar aqui de rastos que não transmito*” (P5). No entanto, também são referidas situações em que a participante utiliza esta estratégia quando não concorda com o paciente ou este põe em causa o seu desempenho, mas é obrigada a gerir as suas emoções tendo em conta as regras organizacionais. Isto pode ser ilustrado através da verbalização da P1: “*o engolir é na situação de “Então, eu sei que lhe dei, passou por mim, fui eu que lhe entreguei em mãos, eu sei aquilo que fiz”, a vontade que nós temos cá dentro é essa mas não o podemos fazer, como é lógico, porque se trata de um*

*cliente e não faz sentido nenhum estarmos a pôr o cliente contra a parede*". Todas as verbalizações demonstram ações em que os verdadeiros sentimentos da pessoa permanecem inalterados, procurando apenas demonstrar ao paciente um comportamento agradável requerido no desempenho da sua função (Martínez-Iñigo et al, 2007).

A estratégia de *deep acting* é outra estratégia de regulação emocional utilizada pelas TAS. Esta estratégia está presente quando existe uma regulação tanto da expressão emocional como dos sentimentos, o que requer do indivíduo uma reavaliação cognitiva da situação, culminando numa demonstração genuína das emoções (Hulsheger & Schewe, 2011). Esta reavaliação da situação está presente quando as TAS procuram, perante o sofrimento do paciente, encarar o seu tratamento como um benefício para a sua saúde *"mas tento abstrair-me um bocadinho do choro da criança e pensar assim "Isto é para o bem da criança", portanto tento ver que isto acaba por vir em benefício da criança para tratá-la"* (P2). Por outro lado, o contacto com o paciente obriga as TAS a reavaliar a situação uma vez que vão compreendendo o comportamento mais adequado para lidar com determinados pacientes. A citação da P2 ilustra esta situação: *"depois é que comecei a conhecê-lo, se nós chegássemos à beira dele e disséssemos "Sr. Manuel, vamos fazer isto, eu estou aqui para ajudar", ele não reagia de forma violenta, se chegássemos lá e fizessemos as coisas e não disséssemos nada, e pronto, e toca e vira, fazer o serviço e ir à nossa vida, ele tinha reações muito negativas, tínhamos que falar num tom muito suave e acalmá-lo para fazer o serviço com ele"*. Desta forma, é comum para as participantes procurar manter a calma na interação com os pacientes, reavaliando assim as emoções menos positivas e direcioná-las para as emoções desejadas. Salienta-se ainda a invocação de pensamentos, imagens e memórias para induzir a emoção desejada durante o uso desta estratégia (Zapf, 2002), ilustrado pela P4 ao invocar situações familiares *"pôr-nos no lugar do doente, se fosse eu, se fosse um familiar meu (...) imagino que se fosse o meu pai que estivesse ali, penso muito nisso, e tento ultrapassar"*.

A estratégia menos verbalizada foi a regulação automática, estratégia esta em que se verifica uma consonância entre as emoções sentidas, as expressas e as desejadas (Diefendorff et al., 2005). A P5 retrata uma situação em que não se apercebeu do verdadeiro estado do paciente e as emoções expressas foram naturalmente sentidas: *"se eu soubesse se calhar não teria lidado tão bem, tivemos um doente, estava muito agitado, e então eu via aquele senhor sempre muito agitado, muito agitado, a querer arrancar a máscara, esse estava com oxigénio, e fui à beira dele, e ele deu-me a mão, eu disse "Olhe, relaxe, eu fico aqui um bocadinho consigo", porque ele estava tão agitado, tão agitado, e*

*eu nem me apercebi de nada, e estive ali um pedaço, e disse “Relaxe, respire comigo”, saí da beira dele e o senhor faleceu... mas eu não me apercebi, só me apercebi depois”.*

No entanto, tal como Sanders (2013) referiu, nem sempre é benéfico para o paciente o profissional expressar as suas verdadeiras emoções. Neste sentido, a P9 refere *“Temos sempre que dizer que vai ficar melhor, nunca podemos dizer que se calhar não vai sair dali, temos sempre que dizer “Olhe, o senhor vai ficar melhor, não se preocupe, isto é só uns dias, amanhã de certeza que vai estar melhor”, mas a gente sabe que não, mas temos que fazer sempre isso porque senão o doente também vai abaixo e depois é pior”.* Esta verbalização demonstra que transmitir ao paciente um cenário positivo é uma forma de motivá-lo e tranquilizá-lo, procurando produzir efeitos positivos no seu bem-estar (Sanders, 2013). Assim, é compreensível que a estratégia de *surface acting* seja a mais utilizada pelas TAS uma vez que é também uma forma de ajudar na recuperação do paciente.

De uma forma geral, verifica-se que uma TAS pode não fazer uso apenas de uma estratégia de regulação emocional no exercício da sua função, podendo utilizar diferentes estratégias em diferentes momentos, tendo em conta os seus recursos (Cheung & Lun, 2015). Neste sentido, todas as TAS utilizam estratégias de *surface acting*, mas na sua maioria recorrem também a estratégias de *deep acting* e regulação automática, não existindo um padrão individual no que diz respeito ao uso de determinada estratégia de regulação emocional.

Salienta-se ainda que, no caso particular das TAS, as estratégias de regulação emocional são utilizadas como forma de gerir as suas emoções não só com os pacientes, como também com os familiares dos mesmos. Também Stayt (2009), num estudo realizado com enfermeiros, refere que faz parte das suas responsabilidades cuidar tanto dos pacientes como dos seus familiares em situações de maior sofrimento e que requerem apoio emocional, obrigando os profissionais a gerir as suas emoções. Isto pode ser ilustrado pela seguinte verbalização: *“Eu tento ser positiva, e quando está a mãe perto de mim eu digo “Oh mãe, isto é normal, não se preocupe que ele fica já bem”, pronto, tento, às vezes não coincide com aquilo que eu sinto...”* (P2). Desta forma, o trabalho emocional destes profissionais torna-se mais exigente uma vez que é feito com os pacientes e com os seus familiares.

#### 4.2.2. Fatores que intervêm no processo do trabalho emocional

Tendo em conta a questão de investigação sobre “*quais os fatores que intervêm no processo de trabalho emocional?*”, verificámos que foram identificados por estes profissionais fatores focados em três aspetos particulares: fatores relacionados com o paciente, tendo sido os mais mencionados (107 verbalizações), fatores relacionados com a TAS (83 verbalizações), e fatores relacionados com a função e/ou organização (66 verbalizações). No que diz respeito aos fatores relacionados com o paciente, o comportamento do paciente foi o mais verbalizado (50 verbalizações), tendo sido referido por todos os participantes. Também as características pessoais foram referidas por todos os participantes, tendo sido o fator relacionado com a TAS mais verbalizado (53 verbalizações). Já a duração da interação foi o fator relacionado com a função e organização mais referenciado (21 verbalizações). O Quadro 4 apresenta o número de verbalizações e as fontes de cada um dos fatores acima mencionados. De modo a ilustrar os resultados obtidos, apresentamos no Quadro 5 (cf. Apêndice F) alguns exemplos de verbalizações proferidas pelos participantes.

**Quadro 4: Fatores que intervêm no processo do trabalho emocional**

| Fatores que<br>intervêm no<br>processo do trabalho<br>emocional | Técnica Auxiliar de<br>Saúde | Características pessoais   | Verbalizações |     | Fontes |
|---|------------------------------|--|---------------|-----|--------|
|   |                              |  | 53            | 83  | 9      |
|   |                              | Experiência  | 27            |     | 7      |
|   | Estado de humor              | 3  | 3             |     |        |
|   | Função /<br>Organização      | Display rules  | 16            | 66  | 8      |
|   |                              | Horário de trabalho  | 10            |     | 5      |
|   |                              | Carga de trabalho  | 10            |     | 3      |
|   |                              | Duração da interação   | 21            |     | 6      |
|   |                              | Especialidade/ Unidade   | 9             |     | 4      |
|   | Paciente                     | Comportamento do<br>paciente                                     | 50            | 107 | 9      |
|   |                              | Características do paciente                                      | 24            |     | 7      |
|   |                              | Situação clínica do paciente                                     | 21            |     | 8      |
|   |                              | Comportamento e<br>características dos<br>familiares do paciente | 12            |     | 6      |
|   |                              |  | Total         | 256 |        |

*Discussão:*

Tal como referido na literatura, verificámos que existe um conjunto de variáveis individuais, organizacionais e relacionadas com o cliente que têm um papel preponderante no processo do trabalho emocional, estando na base da estratégia emocional utilizada para gerir as suas emoções e no impacto que essa gestão tem no TAS (Grandey, 2000; Gracia et al, 2014). Os fatores relacionados com o paciente foram os mais verbalizados pelas TAS, o que é compreensível uma vez que o paciente é aquele que, a par da TAS, participa ativamente na díade de interação, pelo que todos os aspetos relacionados consigo, desde o seu comportamento, as suas características, a sua situação clínica e, em última instância, os seus familiares, têm um papel importante tanto na forma como vão lidar com ele, como com os seus familiares (Côté, 2005). O comportamento do paciente demonstrou ser aquele que, dentro dos fatores relacionados com o paciente, mais intervém no processo de trabalho emocional, o que já era expectável dado que, segundo Côté (2005), é o seu comportamento que vai influenciar a forma como o trabalhador se vai comportar durante a interação. As verbalizações da P2 vão ao encontro do referido *“a personalidade do doente, o comportamento que ele tem, a forma como ele reage e interage connosco vai-me dizer como é que eu vou ter que tratar dele, de que forma é que tenho de lidar com ele”*. Além disso, também verificámos que o comportamento do paciente pode intervir no decorrer da interação de uma forma positiva e negativa. Se por um lado o paciente tem um comportamento mais amistoso, isto influencia positivamente a interação com a TAS, que apresenta uma maior empatia e predisposição para interagir, do que comparativamente com um paciente com um comportamento mais difícil, com uma postura mais séria ou até agressivo, que vai requerer da TAS uma abordagem diferente na forma de interagir com ele. A P1 ilustra esta situação ao referir: *“se é um cliente mais fácil a gente até está mais à vontade e trata com carinho, não vou dizer que não vou tratar bem um cliente que não seja, que seja uma pessoa mais difícil, vou tratá-la igualmente bem, só que se calhar a empatia é diferente”*. Neste seguimento, a mesma participante refere: *“porque se estão a ser ríspidos para nós, nós não vamos ser completamente bonzinhos para aquela pessoa, não é? Se calhar não vamos ter um sorriso tão fácil para aquele doente que chega e nos maltrata como vamos ter para um cliente que vem e é uma pessoa até acessível e que a pessoa pede um bocadinho de compreensão e até é compreensivo, não é? Lógico que é diferente...”*. Assim, o comportamento do paciente é preponderante no processo, dado que lidar com um cliente com o qual o trabalhador se identifica e simpatiza poderá ter um impacto positivo no mesmo, produzindo satisfação e redução do stress (Kammeyer-Mueller, Rubenstein, Long, Odio, Buckman, Zhang & Halvorsen-Ganepola, 2013). Por

outro lado, o facto de a TAS interagir com um paciente mais difícil exige um maior controlo e esforço para suprimir as suas emoções negativas e exibir as emoções positivas esperadas (Cheung & Lun, 2015), estando por isso mais associado ao uso da estratégia de *surface acting* (Totterdell & Holman, 2003). Desta forma, lidar diariamente com este tipo de pacientes pode ser prejudicial para as TAS, podendo ter efeitos negativos no seu bem-estar mental, na sua satisfação com o trabalho e no desejo de permanecer na organização (Beaudoin & Edgar, 2003).

Ainda sobre os fatores relacionados com o paciente, verificámos que as suas características (eg. idade, género, estatuto social) podem interferir no processo, quer positivamente, quer negativamente. Desta forma, verifica-se que a idade é a característica que mais interfere na forma da TAS lidar com o paciente, sendo que se torna mais difícil para estes profissionais lidar com o sofrimento do paciente quando é mais novo: *“quando são mais novos então é muito mais difícil, saber que é novo, que tem algum problema, ainda hoje me estavam a dizer “Temos ali um rapaz novo, já teve bem mas agora já não está nada bem”, e deve ter para aí a minha idade e já me faz um bocado de confusão, de ser muito novo”* (P7). Neste sentido, a mesma participante refere *“quando tem uma idade mais elevada já é a lei da vida, já é o ter que acontecer, um dia vai ser a todos, mais depressa ou mais devagar, mas gerir com pessoas mais novas é mais difícil.”*. Assim, a forma como gerem as emoções na interação com o paciente também é diferente: *“quando é uma pessoa mais nova, uma pessoa está mais consciente por norma, por isso vai perceber perfeitamente que nós não podemos dizer “Você vai ficar bem” quando ele sabe que se calhar não vai, portanto tenho de estar mais calada e tentar perceber o que é que o doente acha dele”* (P9).

Aliado a isto, a situação clínica também intervém na forma como as TAS lidam com o paciente, uma vez que o seu comportamento pode ser diferente consoante a situação clínica (eg. maior agressividade). Os pacientes de saúde mental, os alcoólicos e os utilizadores de drogas, pela sua condição clínica que os torna propensos a situações de agressividade, são vistos como “maus pacientes”, colocando limitações no relacionamento interpessoal com os profissionais de saúde (Gray & Smith, 2009). A situação clínica intervém também na interação com os seus familiares: *“acho que claramente se ele estiver melhor a minha postura com o familiar é diferente do que se eu souber que está pior, até tento não passar muito por aquele local”* (P7). Assim, quanto mais sensível é a situação clínica do paciente, mais exigente é lidar com os familiares dos pacientes.



Por fim, o papel dos familiares. Por um lado, a forma como a família se comporta com o paciente influencia a forma como as TAS vão cuidar dele “*se vemos uma família que traz quase o doente ao colo, que o apaparica muito (...) nós acabamos um bocadinho por afastar-nos mais daquele cliente, (...) se vemos uma família que não quer saber, que até traz o senhor em fracas condições (...) aí já temos uma postura diferente, se calhar uma postura mais calorosa*” (P1). Por outro lado, o próprio comportamento dos familiares intervém na gestão das emoções: “*e eles procuram-nos para perguntar, para saber e é muito difícil dizer seja o que for a um familiar, o choro deles e às vezes saber quando nos dizem “Já não há nada a fazer”, é muito difícil gerir e falar com o familiar*” (P7). No geral, os nossos resultados indicam que os familiares intervêm negativamente no trabalho emocional das TAS, quer pelo seu comportamento pouco cooperativo, quer pelo seu sofrimento. No estudo de Bailey e colaboradores (2013) com assistentes de cuidados de saúde, uma participante mencionou que as famílias dos pacientes são percecionadas como uma fonte de stress, existindo por vezes uma relação tensa entre os familiares e os profissionais.

Em suma, o destaque dado pelas TAS ao papel do paciente no processo do trabalho emocional é compreensível tendo em conta o papel central que este assume no contexto hospitalar, pelo que, tal como referido por Chiavenato (2004), todas as funções são orientadas para lhe proporcionarem o serviço de melhor qualidade. Desta forma, o paciente é o aspeto chave da função do TAS, que realiza o seu trabalho em função dele.

O outro fator mais significativo neste processo foi as características pessoais das TAS, tendo sido referido por todas as participantes. Tendo em conta que a interação é estabelecida entre o paciente e a TAS, faz sentido que a interação seja moderada por comportamentos e características de ambos. Assim, verificámos que as participantes referem características (e.g. divertida, positiva) que podem refletir uma afetividade positiva, e consequentemente uma tendência para experienciar emoções positivas (Diefendorff et al., 2011), o que poderá ser visto como um facilitador do trabalho emocional. Uma afetividade positiva estará associada a uma maior probabilidade de adotar a estratégia de *deep acting* (Diefendorff et al., 2011). Com os nossos resultados verificámos que as participantes com tendência para experienciar emoções positivas referiram situações em que utilizaram a estratégia de *deep acting*. Além disso, acreditamos que as TAS que gostam de lidar com os pacientes (e.g. P6; P8) e que referem ser afetuosas e sensíveis (e.g. P3; P7) podem apresentar um traço de amabilidade, dada a propensão para

estabelecer relações positivas (Diefendorff et al., 2005), o que por sua vez poderá ser visto também como um facilitador. Este traço de personalidade é considerado crítico nos trabalhadores que interagem com clientes uma vez que se preocupam com o bem-estar dos outros e são mais propensos a uma maior empatia com as necessidades dos clientes, o que se traduz em relações mais gratificantes e satisfatórias com o cliente (Barrick & Mount, 2005). No geral, este fator poderá ser visto simultaneamente como um facilitador ou constrangedor do trabalho emocional tendo em conta a forma como as TAS percebem as suas próprias características. Isto pode ser exemplificado através da P7 que considera que ser curiosa intervém negativamente no trabalho emocional *“depois acho que se não fosse tão curiosa me ia ajudar um bocado nisso porque não sabia e era mais fácil”*, enquanto a P2 refere que *“a principal característica que eu tenho é paciência e ser meiga, eu acho que essas duas características são fundamentais para este tipo de trabalho”*, o que já é visto como um facilitador do trabalho emocional.

A experiência das TAS tem também um papel relevante no processo, influenciando na forma de gerirem as suas emoções *“Eu posso dizer que lido melhor com a morte agora do que quando entrei cá, sem dúvida nenhuma”* (P2). A P7 refere ainda: *“no início foi um bocado complicado, não me conseguia distanciar de tudo o que acontecia aqui, pronto, posteriormente conseguimos distanciarmo-nos um bocado destas realidades e não levar tanto isto para casa e habituarmo-nos sobretudo à morte, ao sofrimento”*. Assim, as participantes referem que no início é mais difícil gerir as emoções porque não estão habituadas a lidar com o sofrimento, e que com o passar do tempo este torna-se parte do seu quotidiano, sendo mais fácil de lidar. A experiência na função pode ajudar os trabalhadores a perceber qual o processo de regulação emocional mais eficaz para si, não só a curto prazo, mas também a longo prazo (Zammuner & Galli, 2005). Concluimos assim que a experiência destes profissionais intervém positivamente no processo do trabalho emocional.

Salientamos ainda o papel do estado de humor como interveniente no processo do trabalho emocional. Os resultados mostram que a predisposição que o profissional traz consigo terá influência na forma de lidar com os pacientes *“estás num dia bom, estás num dia de boa disposição e até levas na brincadeira...”* (P4).

No que diz respeito aos fatores de nível organizacional que intervêm no processo de trabalho emocional, destacamos a duração da interação como o mais verbalizado. As TAS enfatizam o longo período de tempo com o paciente como tendo influência na ligação

emocional que estabelecem com ele “*o doente que está há mais tempo a gente começa a ganhar mais carinho por ele*” (P9). Neste seguimento, o falecimento desses pacientes tem um impacto negativo na própria TAS “*mas o segundo foi muito difícil, estive lá imenso tempo, 8 meses, posso-lhe dizer que marcou-me bastante porque eu tinha uma ligação muito forte a essa pessoa (...) e a morte dele magoou-me... magoou-me porque eu sabia que ia acontecer, mas quando acontece nós pensámos que estávamos preparados e acabamos por não estar, nós tínhamos muita ligação*” (P2). Estes dados são congruentes com os resultados dos estudos de Diefendorff e colaboradores (2005), que enfatizam o carácter mais pessoal das relações de longa duração. Além disso, os resultados dos estudos apontam para que interações de longa duração estejam relacionadas com a estratégia de *deep acting* dado que exibir emoções que não são as sentidas durante um longo período de tempo pode ser desgastante para o trabalhador (idem). Desta forma, apesar de não ser explícita uma relação entre a duração da interação e o uso da estratégia de *deep acting*, as TAS, ao assumirem uma relação próxima com o paciente, é provável que adotem estratégias de regulação emocional que lhes permitam experienciar emoções genuínas, daí que a estratégia de *deep acting* possa ser utilizada na interação com esses pacientes (Diefendorff et al., 2005). É de salientar ainda que as verbalizações relativas a situações de falecimento dos pacientes, que trazem sofrimento às TAS em consequência de uma longa interação, está muitas vezes associado a um impacto negativo a nível pessoal, passando a distanciar-se emocionalmente dos pacientes, como veremos na próxima secção acerca das consequências do trabalho emocional.

Também as *display rules* têm um papel ativo no processo do trabalho emocional. Sendo consideradas as regras que ditam as emoções desejadas que os trabalhadores expressem no desempenho da sua função (Grandey, 2003), a sua influência na gestão das emoções das TAS é evidente. Estas regras resumem-se em boa educação, simpatia, “*tratamento de excelência (...), pôr o doente em primeiro lugar*” (P2) e “*ter boa cara*” (P8), sendo que no contexto privado salienta-se a necessidade de “*fidelizar o cliente que provenha ao serviço de urgência como a qualquer serviço do hospital*” (P1). Perante isto, as TAS têm de controlar os seus comportamentos consoante *display rules* integrativas dada a exigência de expressão de emoções positivas e supressão de emoções negativas (Diefendorff & Richard, 2008). Podemos identificar nas verbalizações das participantes *display rules* prescritivas “*simpatia, cara alegre, boa disposição, nunca falar torto para o doente, porque o doente é a nossa cara, se o doente estiver bem nós estamos bem, se o doente tiver queixa de nós não vamos estar bem, o doente tem sempre razão*” (P9).

Também são visíveis verbalizações relativas a *display rules* do tipo contextual “*temos que ser acima de tudo educados, porque quer seja com o doente, quer seja com a família, não vejo como regras, vejo como comportamentos que têm de estar implícitos na relação com o doente*”. Neste sentido, a mesma participante acrescenta: “*acho que é preciso saber falar com o doente, saber que daquela forma as coisas não correrão bem a falar, vamos tentar falar de outra forma, ter atenção ao que dizemos e como é que dizemos, porque há maneiras de dizer as coisas*” (P7). Posto isto, as TAS têm que se saber adaptar às situações e ao próprio paciente, pelo que a conjugação dos dois tipos de regras ajuda a responder eficazmente às exigências da função e atingir o grande objetivo organizacional de satisfação do paciente (Diefendorff & Richard, 2008; Gabriel et al., 2015). De uma forma geral, as *display rules* vão predizer a exibição emocional do trabalhador, o seu desempenho, a estratégia emocional utilizada, as atitudes no trabalho e ainda o seu bem-estar (Brotheridge & Grandey, 2002; Schaubroeck & Jones, 2000).

Verificou-se também que outros aspetos relacionados com a função, como o horário e a carga de trabalho, intervêm significativamente no processo. A carga de trabalho demonstra ter uma interferência negativa no processo do trabalho emocional “*eu faço por vir com mais paciência, com mais vontade, mas nem sempre é tão fácil assim, porque já sei “Ai, vou ter uma tarde de cão quando chegar, vou ter montes de gente, montes de consultas, como é que vai ser?”*, e ao domingo já venho “*Ai, não tenho consultas, se calhar até às 11 vai ser calminho (...) e isso altera como é logico o nosso comportamento e a nossa maneira de estar*” (P1). Consequentemente, uma maior carga de trabalho perturba a qualidade da interação com o paciente “*e muitas vezes precisávamos de dar mais apoio ao doente mas não temos tempo, é impossível, é muito trabalho, eu sinto que às vezes há doentes que precisavam que a gente falasse mais com eles, ouvi-los, para lhe dar, sei lá, uma palavra de carinho, qualquer coisa, mas às vezes não temos tempo*” (P8), acabando por interferir negativamente na forma como lidam com o paciente, dispondo assim de menos tempo para interagir com eles. Assim, é possível que uma maior carga de trabalho e um menor tempo para o paciente possam resultar em interações mais repetitivas e estandardizadas, e consequentemente na utilização da estratégia de *surface acting* (Brotheridge & Lee, 2003).

Já o horário de trabalho, em particular a realização de turnos seguidos, tem influência na forma de lidar com o paciente. Segundo a P2, “*ficamos mais rabugentas, e mesmo com o doente já não temos a mesma paciência, ao fim de três noites a paciência esgota-se, seguidas*”, sendo que a P9 acrescenta “*por mais que a gente tente que não,*

*acaba por afetar sempre, porque o doente começa a chamar e a gente já está cansada, já não tenho se calhar a paciência que tinha uns dias antes, isso é normal.*”. Desta forma, podemos constatar que este fator também tem uma interferência negativa na interação com o paciente, sendo que, mais uma vez, torna-se provável uma interação mais repetitiva e estandardizada e o uso de *surface acting* por parte das TAS (Brotheridge & Lee, 2003).

Por fim, a especialidade/unidade em que a TAS desempenha a sua função tem também influência no processo do trabalho emocional. Cada especialidade ou unidade contempla determinadas especificidades que são sinónimo de diferentes exigências para os seus profissionais. Assim, o serviço de Urgência é visto como *“entrar no escuro, o que vai clarear é o que vai entrando agora, olha chegou um senhor com uma constipação, agora vamos para o outro que vem a morrer, entretanto entra uma criancinha com a perna partida, é um dia a dia, é uma hora a hora”* (P1), sendo um serviço dinâmico e imprevisível que exige da TAS uma constante adaptação. Por outro lado, a P2 compara a unidade de Cuidados Continuados *“emocionalmente é muito difícil (...) porque nós acabamos por lidar diretamente com a morte, pronto, e com o sofrimento, os cuidados continuados é sempre um bocadinho doloroso”* com a Urgência em que *“o sofrimento é diferente, o sofrimento de emergência mas que em princípio passa”*, demonstrando que têm exigências emocionais diferentes e possivelmente uma gestão de emoções também diferente. Estes resultados vão ao encontro do referido por Diefendorff e colaboradores (2011), em que se verifica que cada unidade se caracteriza por exigências emocionais diferentes e tem influência na forma como os enfermeiros interagem com os seus pacientes e familiares. Num estudo de Gray e Smith (2009) com enfermeiros, outras unidades foram comparadas e enfatizadas as exigências emocionais de cada uma delas. Numa unidade de Saúde Mental, uma das maiores exigências emocionais para os enfermeiros é tentar interagir com o paciente e ao mesmo tempo sentir que eles se podem revoltar a qualquer momento. Já numa unidade de Oncologia Infantil, em que muitas vezes existe uma reduzida esperança de cura, os enfermeiros têm de aprender a gerir a morte, o que torna esta unidade especialmente emotiva (idem).

Os fatores relacionados com a função e com a organização têm um papel importante no processo do trabalho emocional, sendo aqueles nos quais as organizações podem mais facilmente intervir e reajustar de modo a atenuar as exigências emocionais da função dos TAS. Salientamos, por exemplo, a estratégia utilizada por uma chefe com o intuito de prevenir o esforço emocional dos trabalhadores e assim atenuar os efeitos negativos resultantes do trabalho emocional: *“por isso é que a chefe nos começou a pôr*

*num dia no primeiro [paciente], no outro dia vou para o segundo, no outro dia vou para o terceiro, que é para não nos afeiçoarmos tanto aos doentes” (P6).*

#### 4.2.3. Consequências do trabalho emocional

Como resposta à questão de investigação sobre “*quais as consequências do trabalho emocional para os Técnicos Auxiliares de Saúde?*”, verificámos que foram identificadas consequências positivas e negativas do trabalho emocional. Assim, foram maioritariamente referidas consequências negativas (51 verbalizações), que se subdividem em consequências negativas pessoais (33 verbalizações) e profissionais (18 verbalizações). Por seu turno, registaram-se 18 verbalizações referentes a consequências positivas relacionadas com a satisfação no trabalho, tendo sido referidas por todas as participantes. O Quadro 5 apresenta o número de verbalizações e as fontes de cada uma das consequências identificadas. De modo a ilustrar os resultados obtidos, apresentamos no Quadro 7 (cf. Apêndice G) alguns exemplos de verbalizações proferidas pelos participantes.

**Quadro 6: Consequências do trabalho emocional**

|                                     |           |                        | Verbalizações |    | Fontes |
|-------------------------------------|-----------|------------------------|---------------|----|--------|
| Consequências do trabalho emocional | Positivas | Satisfação no trabalho | 18            | 18 | 9      |
|                                     | Negativas | Pessoais               | 33            | 51 | 8      |
|                                     |           | Profissionais          | 18            |    | 5      |
|                                     |           |                        | Total         | 69 |        |

#### *Discussão:*

Os resultados obtidos corroboram a existência de efeitos tanto positivos como negativos advindos da gestão de emoções das TAS (Côté, 2005; Martínez-Iñigo et al., 2007). As consequências negativas foram as mais referenciadas, sobressaindo-se as de carácter pessoal. Por um lado, a gestão das emoções pode ser desgastante, tendo impacto negativo no bem-estar dos trabalhadores, tanto a nível psicológico como emocional (Hulsheger & Schewe, 2011; Grandey, 2000). A P5 confirma isso ao dizer que para “*a cabeça também é desgastante, a pessoa tem que saber lidar, lidar com as situações*”. Desta forma, verifica-se que, tal como referiu Hochschild (1983), o controlo emocional pode ser stressante, sendo que a P7 refere “*andamos muito stressados, às vezes muito mais*

*desanimados, ficar cansados muito mais rapidamente, por causa do desgaste psicológico que nos dá este tipo de situações, ver os doentes em situações complicadas...*”. Em casos mais extremos, o *stress* acumulado resultante da gestão de emoções pode culminar numa exaustão emocional e impedir um adequado desempenho da função. Esta situação é verbalizada pela P6, que refere *“meti baixa por causa do stress”*. Além da sua função ser inerentemente exigente a nível emocional por lidar com a fragilidade e sofrimento dos outros, o facto de estas participantes utilizarem sobretudo a estratégia de *surface acting* poderá também contribuir para um maior desgaste psicológico e emocional, uma vez que o uso desta estratégia está associado com a exaustão emocional (Bono & Vey, 2005). O facto de os trabalhadores se verem confrontados com uma dissonância emocional quando pretendem alterar conscientemente a exibição das suas emoções enquanto estão a sentir outra emoção exige um maior esforço emocional e um maior uso dos seus recursos, tornando-se por isso um processo exigente e desgastante para as participantes (Martínez-Inigo, Totterdell, Alcover, e Holman, 2007).

Por outro lado, as consequências da interação com os pacientes podem interferir na vida pessoal das TAS: *“como me estava a fazer muito mal à minha cabeça, porque ia para casa e não sabia deixá-los aqui, bater a porta e ficar aqui, levava para casa, então à hora do almoço ou do jantar era a falar sobre o fulano ou a fulana (...) eu comecei a aperceber-me que além de eu ficar com os problemas, levava-os para casa”* (P5). Assistimos assim a uma incapacidade da participante em se desligar do seu trabalho quando sai do hospital, sendo prejudicial para o seu bem-estar uma vez que vivem muito os problemas dos seus pacientes. Segundo Demerouti, Bakker e Schaufeli (2005), estamos perante um processo de *spillover*, em que as reações experienciadas pelas participantes no trabalho são transferidas para outro domínio da sua vida. Desta forma, a tensão resultante das atividades de trabalho, neste caso associada aos problemas dos pacientes com quem as participantes interagem, interfere negativamente noutro domínio, a sua vida pessoal e familiar, afetando as suas atitudes e comportamentos (Voydanoff, 2008, cited in Ng, Kuar & Cheng, 2016).

O trabalho emocional tem também um impacto negativo ao nível profissional das TAS. Dada a exigência emocional na interação com os pacientes, estes profissionais sentem necessidade de se distanciar emocionalmente dos pacientes no desempenho das suas funções: *“já vimos aqui doentes mais novos a morrer e temos que aprender a saber lidar com isso porque se nos dermos muito àquilo que sentimos no momento também não conseguimos desempenhar um bom trabalho”*. (P7). Assim, a relação próxima que

estabelecem com os pacientes e o facto de serem confrontados com situações emocionalmente exigentes como a morte leva a que optem por uma interação menos profunda e mais estandardizada. Neste sentido, a P5 refere: *“antigamente, entrava um doente e eu dizia assim ““Ai o que é que tem, o que é que deixa de ter”, e depois a pessoa apegase, eu agora tento nem me relacionar muito, por exemplo, eu digo o doente da cama tantos, digo o número da cama, não digo o nome”*, isto é, torna a interação com o paciente mais impessoal. A P9 refere ainda que um menor envolvimento torna o processo do trabalho emocional menos desgastante *“Desde que a gente não se envolva muito acaba por não ser desgastante”*. Consideramos que esta consequência está relacionada com o *burnout*, particularmente com a dimensão da despersonalização. Os resultados vão ao encontro do referido por Grandey (2000), que verificou que os trabalhadores recorrem a uma despersonalização dos clientes como forma de se distanciar dos efeitos negativos das exigências emocionais a que estão sujeitos. Neste caso, lidar com situações como a morte ou situações clínicas sensíveis torna-se perturbador para as participantes, que veem na distância emocional uma opção de fuga à gestão eficaz das suas emoções (Mesmer-Magnus et al, 2012). Assim, quanto mais os trabalhadores se esforçam para expressar e suprimir determinadas emoções, maior a probabilidade de optarem por se distanciar dos clientes (Grandey, 2000). Desta forma, quando as TAS optam por se desligar emocionalmente na interação, tornando a relação mais impessoal, as reações que surgiriam do trabalho emocional com o paciente passam a ter menos importância (Hochschild, 1983).

Esta consequência negativa mostra estar intimamente relacionada com a duração da interação entre a TAS e o paciente. Quando a TAS interage durante um longo período de tempo com o paciente acaba por criar uma relação mais próxima com ele e vivenciar mais intensamente o seu sofrimento. Em última instância, vêm-se confrontados com o falecimento do paciente, o que lhes traz sofrimento e se torna emocionalmente exigente (Lovatt e colaboradores, 2015). Desta forma, as participantes optam por se distanciar emocionalmente de forma a atenuar os efeitos negativos sentidos em consequência de vivenciarem os problemas dos pacientes *“a partir daí nunca mais aconteceu isso porque comecei-me a proteger, comecei a pensar “Sempre que eu estou neste serviço não pode acontecer isto, tenho que me proteger”* (P2). Estes dados acabam por ir ao encontro do estudo de Bailey e colaboradores (2013) realizado com assistentes de cuidados de saúde, em que as suas funções exigiam um contacto permanente com pacientes de demência mental, sentindo dificuldade em estabelecer uma barreira entre o seu trabalho e os



pacientes e a sua família, pelo que optavam por se distanciar emocionalmente e assim atenuar as exigências emocionais.

Apesar da exigência emocional do processo de trabalho emocional e das consequências negativas apontadas, todos os participantes referiram consequências positivas. As TAS referiram como consequência do trabalho emocional os sentimentos de satisfação e gratificação na interação com o *paciente* “quando vemos um doente a ficar bem, e eles até nos agradecem “Eu já me sinto melhor, obrigada pelo que me fez, obrigada pela ajuda”, isso é gratificante a todos os níveis, todos os níveis, nós aí sentimos bem, o meu trabalho está a ajudar as pessoas a sentirem-se melhor, também nos sentimos melhor por isso” (P2). Além disso, o facto de exhibir emoções positivas exigidas pela função tem um impacto positivo no paciente, contribuindo para a sua satisfação e fidelização à organização (Ashkanasy, Hartel & Daus, 2002). Isto pode ser ilustrado através da verbalização da P1: “ver o sorriso de uma criança, ver um cliente que sai satisfeito e volta que gostou tanto da ultima vez que veio cá, isso a mim preenche-me o doente dizer “Eu gostei, a menina foi tão simpática que eu voltei e agora estou a ser seguido aqui”, isso preenche-me de tal maneira”. Desta forma, as verbalizações traduzem um impacto positivo do trabalho emocional nas TAS, sendo visto como recompensador e promovendo relacionamentos satisfatórios com os pacientes e um sentimento de autoeficácia para quem o realiza (Grandey & Diamond, 2010; Brotheridge & Grandey, 2002).

Por fim, dado que os estudos apontam para uma relação negativa entre a estratégia de *surface acting* e a satisfação no trabalho (Grandey, 2003), seria de esperar que as participantes referissem uma baixa satisfação no trabalho tendo em conta que a estratégia de *surface acting* foi a mais referida e por todas as participantes. Contudo, como ilustrado, os nossos resultados contrariam essa relação negativa, dado que todas as participantes referem consequências positivas.

## V – CONCLUSÃO E REFLEXÕES FINAIS

### 5.1. Considerações Finais

O presente estudo vem enfatizar as exigências emocionais da função de TAS, confirmando a necessidade de estudar outras funções na área da saúde além dos enfermeiros. Tendo em conta os resultados obtidos, concluímos primeiramente que as TAS utilizam várias estratégias – *deep acting*, *surface acting*, regulação automática - para gerir as suas emoções em diversos momentos (Cheung & Lun, 2015), optando maioritariamente por expressar emoções que não são as verdadeiramente sentidas através da estratégia de *surface acting* (Zapf, 2002). Essa opção torna-se compreensível pois, se por um lado o uso desta estratégia pode ser prejudicial para a TAS, contribuindo para um maior desgaste emocional e psicológico, por outro pode ser benéfica para o paciente em situações clínicas adversas em que é necessário proporcionar-lhe uma sensação de bem-estar (Bono & Vey, 2005; Sanders, 2013).

Em segundo lugar, destacámos um conjunto de fatores focados na TAS, na função e organização e no paciente como intervenientes no processo do trabalho emocional (Gracia et al, 2014). No que diz respeito ao paciente, salientaram-se como fatores intervenientes o seu comportamento, características e situação clínica, assim como o comportamento dos seus familiares. Destaca-se o comportamento do paciente, que pode ser visto como facilitador ou dificultador consoante seja um comportamento amigável ou desagradável, respetivamente (Kammeyer-Mueller et al., 2013; Cheung & Lun, 2015). Já relativamente à TAS, intervêm no trabalho emocional fatores como a experiência, humor e características pessoais, destacando-se este último fator, que pode ser visto como um facilitador ou dificultador do trabalho emocional consoante a perceção que as TAS têm acerca das suas próprias características. Por fim, relativamente à organização e função, intervêm no trabalho emocional fatores como o horário e carga de trabalho, *display rules*, especialidade e duração da interação, destacando-se este último, que é responsável por conferir um carácter mais pessoal às relações com os pacientes (Diefendorff et al., 2005). É também este grupo de fatores que poderá ser alvo de um reajustamento por parte das organizações de modo a atenuar as exigências emocionais das TAS.

Em terceiro, salientámos o impacto positivo e negativo do trabalho emocional (Martínez-Iñigo et al., 2007). Maioritariamente, as TAS percecionam a gestão de emoções

como stressante e emocional e psicologicamente desgastante, assim como interferindo negativamente na sua vida pessoal e familiar (Hochschild, 1983; Demerouti, Bakker & Schaufeli, 2005). Além disso, condiciona o seu desempenho, tornando as relações com os pacientes mais despersonalizadas e impessoais (Grandey, 2000). Contudo, é sentido por todas as participantes satisfação e gratificação tendo em conta as interações estabelecidas com os pacientes, contrabalançando com os efeitos nocivos apontados deste processo.

Por último, importa refletir sobre a estratégia utilizada por uma chefe em que atribui a cada TAS pacientes diferentes em vários dias, de modo a precaver que estas estabeleçam relações próximas com os pacientes e assim atenuar os efeitos negativos resultantes das emoções geridas nessas relações. Se por um lado, esta estratégia é benéfica para a TAS, é também importante considerar o lado do paciente, para quem é significativo estabelecer uma relação de confiança com os profissionais que cuidam de si, de modo a sentir-se apoiado e reconfortado numa situação que para si já é naturalmente frágil. Uma mudança constante de TAS não propicia o desenvolvimento dessa relação, pelo contrário, torna a interação entre ambos mecanizada, pelo que seria relevante refletir sobre esta estratégia com o intuito de procurar proporcionar também ao outro elemento da díade um cuidado mais humanizado.

Uma vez que não existem muitos estudos com os TAS, consideramos relevantes os resultados obtidos, contribuindo para uma melhor compreensão da vivência do trabalho emocional nesta população.

## **5.2. Implicações Práticas**

Consideramos que este estudo pode alertar para a importância de intervir junto das TAS e de outras populações em condições semelhantes (e.g. enfermeiros), no sentido de atenuar as exigências emocionais requeridas no desempenho da sua função. Assim, importa salientar mais uma vez o papel da organização nesta possível intervenção, que poderia passar por um maior investimento na formação destes profissionais de modo a sensibilizá-los para as situações de maior exigência emocional e ajudá-los a lidar eficazmente com as mesmas, uma vez que verificámos que a formação disponibilizada pelo hospital incide sobretudo em aspetos técnicos. As próprias TAS verbalizam a necessidade de um apoio para as ajudar a lidar com as exigências da sua função *“e se uma pessoa tivesse uma formação, um apoio... para ajustar, porque a gente sabe que há a morte, mas é difícil, e por exemplo, eu não lido muito bem”* (P5) uma vez que, como já

vimos, é um trabalho emocionalmente desgastante. Também Sanders (2013) refere que considera importante ser apresentada uma formação aos profissionais da área da saúde de modo a ajudá-los a lidar com os efeitos do trabalho emocional. A P4 alude ainda à relevância de um especialista em saúde mental para ajudar as TAS a lidar com as exigências emocionais da sua função: *“psicologicamente acaba com uma pessoa, acho que a gente precisava, até de vez em quando ter um Psicólogo para deitar cá para fora as emoções que a gente sente lá dentro, a revolta, sempre muita revolta lá dentro, por vermos pessoas a morrer-nos nos braços, temos apoio psicológico? Não temos...”*, pelo que estas verbalizações vêm reforçar a lacuna que os próprios profissionais sentem no desempenho da sua função.

### **5.3. Limitações Metodológicas**

Importa ressaltar algumas limitações metodológicas durante o desenvolvimento do nosso estudo. A primeira prende-se com o facto de a nossa amostra ser constituída apenas por mulheres, podendo não ser representativa da população visto que existem autores que referem a possibilidade de haver uma diferença entre homens e mulheres no processo do trabalho emocional (Grandey, 2000). Em segundo lugar, apontamos a utilização de apenas uma técnica de recolha de dados, a entrevista semiestruturada, uma vez que este tipo de técnica pode estar associado ao fator de desejabilidade social, pelo que os participantes podem dar a informação que lhes parece a mais conveniente. Desta forma, consideramos que o estudo poderia ficar mais enriquecido com a complementaridade de uma outra técnica de recolha de dados, como por exemplo, uma observação, uma vez que esta técnica permite “estudar em primeira mão a experiência do dia a dia e o comportamento dos indivíduos em situações particulares” (Taylor & Bogdan, 1984, p. 154 cited in Waddington, 2004), possibilitando a emersão no contexto real e assim observar a gestão das emoções no desempenho das suas funções. Por último, consideramos que o método de seleção da amostra pode ter condicionado a representatividade do nosso estudo, uma vez que neste tipo de método não há uma seleção aleatória e, por isso, os indivíduos que se dispõem a participar serão à partida pessoas que terão maior facilidade de comunicação e relacionamento interpessoal, tendo em conta as especificidades da realização de uma entrevista presencial.

### **5.4. Sugestões para investigações futuras**

Os resultados obtidos neste estudo poderão ser vistos como um ponto de partida para futuras investigações na temática do trabalho emocional, em particular em Técnicos Auxiliares de Saúde. Assim, o facto de ter sido apontado como efeito da gestão de emoções um distanciamento emocional dos pacientes e, por sua vez, uma maior impessoalidade na relação com os pacientes, torna relevante estudar o outro elemento da tríade, o paciente, e compreender o impacto que estas ações por parte das TAS poderão ter no mesmo. Por outro lado, seria de esperar que, dado que todas as participantes referiram utilizar a estratégia de *surface acting*, se verificasse uma baixa satisfação no trabalho (Grandey, 2003). Dado que os nossos resultados contrariaram esses estudos, seria interessante explorar futuramente possíveis fatores que poderão funcionar como motivadores tendo em conta a sobrecarga emocional destes profissionais, podendo-se considerar, por exemplo, uma possível relação com o conceito de *work engagement*. Além disso, uma vez que o género foi identificado anteriormente como uma limitação do estudo, seria interessante considerar esta variável em estudos futuros, a fim de compreender, primeiramente, se este é um fator interveniente no processo de trabalho emocional, e se existem diferenças de género nesta função em particular. Uma outra sugestão está relacionada com as características de personalidade. Os estudos indicam uma relação entre os traços de personalidade e as estratégias de regulação emocional (e.g. Diefendorff et al., 2005), e uma vez que o nosso estudo não nos permitiu tirar conclusões a esse nível, consideramos pertinente a realização de um estudo que cruze os traços de personalidade dos *Big Five*, através da utilização de um questionário de personalidade, e o uso das estratégias de regulação emocional na interação com o paciente. Um outro fator a ter em conta em estudos futuros deverá ser a especialidade/unidade em que os TAS exercem as suas funções. Verificámos que existem especialidades e unidades que, pelas suas especificidades, exigem uma maior sensibilidade e simultaneamente um maior esforço a nível emocional, pelo que sugerimos um estudo com uma maior representatividade de cada uma das especialidades/unidades, de modo a compreender de que forma cada especialidade ou unidade influencia o processo do trabalho emocional. Por último, no geral os fatores poderão ser alvo de um estudo mais aprofundado, especificamente através um estudo de carácter quantitativo, de modo a compreender a direção e a intensidade da influência de cada um dos fatores no processo do trabalho emocional. Estas análises poderão ser úteis para uma possível intervenção na função dos TAS, ajudando a minimizar os efeitos negativos do trabalho emocional. Neste sentido, tendo, por exemplo, um conhecimento mais aprofundado acerca das suas características pessoais, é possível fazer um processo de recrutamento e seleção mais rigoroso e preciso, isto é, dado que estes profissionais não têm à partida uma especialização para trabalhar numa unidade específica, o conhecimento das suas características pode ajudar a alocar à especialidade/unidade que vai melhor ao encontro do seu perfil.

## VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of management review*, 18(1), 88-115.
- Ashkanasy, N. M., Härtel, C. E., & Daus, C. S. (2002). Diversity and emotion: The new frontiers in organizational behavior research. *Journal of Management*, 28(3), 307-338.
- Bailey, S., Scales, K., Lloyd, J., Schneider, J., & Jones, R. (2013). The emotional labour of health-care assistants in inpatient dementia care. *Ageing and Society*, 1-24.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2005). The crossover of burnout and work engagement among working couples. *Human Relations*, 58(5), 661-689.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições, 70.
- Barrick, M. & Mount, M. (2005). Yes, personality matters: Moving on to more important matters. *Human performance*, 18(4), 359-372.
- Beaudoin, L. E., & Edgar, L. (2003). Hassles: Their importance to nurses' quality of work life. *Nursing Economics*, 21(3), 106.
- Bono, J. & Vey, M. (2005). Toward understanding emotional management at work: A quantitative review of emotional labor research. In Härtel, C., Zerbe, W. & Ashkanasy, N. (Eds). *Emotions in organizational behavior* (pp. 213-233). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bowen, G. A. (2008). Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. *Qualitative research*, 8(1), 137-152.
- Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of “people work”. *Journal of vocational behavior*, 60(1), 17-39.
- Brotheridge, C. M., & Lee, R. T. (2003). Development and validation of the emotional labour scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(3), 365-379.
- Burgess, R. (1997). *A Pesquisa de Terreno: Uma introdução*. Oeiras: Celta Editora
- Burke, R. J., & Cooper, C. L. (2006). The new world of work and organizations: Implications for human resource management. *Human Resource Management Review*, 16(2), 83-85.
- Burke, R. J., & Ng, E. (2006). The changing nature of work and organizations: Implications for human resource management. *Human Resource Management Review*, 16(2), 86-94.
- Cheung, F., & Lun, V. M. C. (2015). Emotional Labor and Occupational Well-Being. *Journal of Individual Differences*. 36(1), 30–37.

- Chiavenato, I. (2004). *Gestão de Pessoas* (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora;
- Coté, S. (2005). A social interaction model of the effects of emotion regulation on work strain. *Academy of management review*, 30(3), 509-530.
- De Castro, A. B. (2004). Emotional vs. Physical Labor: The demand of using emotions as a job duty. *AJN The American Journal of Nursing*, 104(3), 120.
- Decreto Lei no 1041/2010 de 7 de Outubro do Ministério da Educação. *Diário da República: I série*, 195. Retrieved Setembro 14, 2016, from [http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/auxiliar\\_de\\_saude.pdf](http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/auxiliar_de_saude.pdf)
- Diefendorff, J. M., & Richard, E. M. (2003). Antecedents and consequences of emotional display rule perceptions. *Journal of Applied Psychology*, 88(2), 284.
- Diefendorff, J. M., Croyle, M. H., & Gosserand, R. H. (2005). The dimensionality and antecedents of emotional labor strategies. *Journal of Vocational Behavior*, 66(2), 339-357.
- Diefendorff, J. M., & Richard, E. M. (2008). Not all emotional display rules are created equal: Distinguishing between prescriptive and contextual display rules. *Research companion to emotion in organizations*, 316-334.
- Diefendorff, J. M., Erickson, R. J., Grandey, A. A., & Dahling, J. J. (2011). Emotional display rules as work unit norms: a multilevel analysis of emotional labor among nurses. *Journal of occupational health psychology*, 16(2), 170.
- Dormann, C., & Zapf, D. (2004). Customer-related social stressors and burnout. *Journal of occupational health psychology*, 9(1), 61.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7(1), 7-14.
- Eurostat (2016). *Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals*. Retrieved Outubro 10, from [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_personnel\\_statistics\\_-\\_nursing\\_and\\_caring\\_professionals](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals)
- Gabriel, A. S., Daniels, M. A., Diefendorff, J. M., & Greguras, G. J. (2015). Emotional labor actors: A latent profile analysis of emotional labor strategies. *Journal of Applied Psychology*, 100(3), 863.
- Gracia, E., Ramos, J., & Moliner, C. (2014). El Trabajo Emocional desde una perspectiva clarificadora tras treinta años de investigación. *Universitas Psychologica*, 13(4), 1517-1529.
- Grama, B. & Botone, D. (2009). The role of emotions in organizational behaviour. *Annals of the University of Petroșani, Economics*, 9(3), 315-320
- Grandey, A. A. (2000). Emotional regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 5(1), 95.

- Grandey, A. A. (2003). When "the show must go on": Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of management Journal*, 46(1), 86-96.
- Grandey, A. A., Fisk, G. M., & Steiner, D. D. (2005). Must "service with a smile" be stressful? The moderating role of personal control for American and French employees. *Journal of Applied Psychology*, 90(5), 893.
- Grandey, A. A., Fisk, G. M., Mattila, A. S., Jansen, K. J., & Sideman, L. A. (2005). Is "service with a smile" enough? Authenticity of positive displays during service encounters. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 96(1), 38-55.
- Grandey, A. A., Kern, J. H., & Frone, M. R. (2007). Verbal abuse from outsiders versus insiders: comparing frequency, impact on emotional exhaustion, and the role of emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 12(1), 63.
- Grandey, A. A., & Diamond, J. A. (2010). Interactions with the public: Bridging job design and emotional labor perspectives. *Journal of Organizational Behavior*, 31(2-3), 338-350.
- Gray, M. A., & Smith, L. N. (2000). The qualities of an effective mentor from the student nurse's perspective: findings from a longitudinal qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 32(6), 1542-1549.
- Gray, B., & Smith, P. (2009). Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9(4), 253-261.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Gutek, B. A. (1995). *The dynamics of service: Reflections on the changing nature of customer/provider interactions*. Jossey-Bass.
- Gutek, B. A., Bhappu, A. D., Liao-Troth, M. A., & Cherry, B. (1999). Distinguishing between service relationships and encounters. *Journal of Applied Psychology*, 84(2), 218.
- Gutek, B. A., Cherry, B., Bhappu, A. D., Schneider, S., & Woolf, L. (2000). Features of service relationships and encounters. *Work and occupations*, 27(3), 319-352.
- Hartley, J. (2004). Case Study Research. In C. Cassel & G. Symon (Eds.), *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizations Research* (pp. 323-333). London: Sage.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. Berkeley.
- Holman, D., Martinez-Iñigo, D., & Totterdell, P. (2008). Emotional labour and employee well-being: an integrative review. *Research companion to emotion in organizations*, 18, 301-315.



- Hülshager, U. R., & Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: a meta-analysis of three decades of research. *Journal of occupational health psychology*, 16(3), 361.
- INE (2016). *Dia Mundial da Saúde – 2013*, Portugal. Retrieved Setembro 10, 2016, from [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUES\\_dest\\_boui=226393315&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=226393315&DESTAQUESmodo=2)
- Kammeyer-Mueller, J. D., Rubenstein, A. L., Long, D. M., Odio, M. A., Buckman, B. R., Zhang, Y., & Halvorsen-Ganepola, M. D. (2013). A Meta-Analytic Structural Model of Dispositional Affectivity and Emotional Labor. *Personnel Psychology*, 66(1), 47-90.
- Kern, J. H., & Grandey, A. A. (2009). Customer incivility as a social stressor: the role of race and racial identity for service employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(1), 46.
- Kim, H. J. (2008). Hotel service providers' emotional labor: The antecedents and effects on burnout. *International Journal of Hospitality Management*, 27(2), 151-161.
- Liu, Y., Perrewé, P. L., Hochwarter, W. A., & Kacmar, C. J. (2004). Dispositional antecedents and consequences of emotional labor at work. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 10(4), 12-25.
- Lovatt, M., Nanton, V., Roberts, J., Ingleton, C., Noble, B., Pitt, & Munday, D. (2015). The provision of emotional labour by health care assistants caring for dying cancer patients in the community: A qualitative study into the experiences of health care assistants and bereaved family carers. *International journal of nursing studies*, 52(1), 271-279.
- Mann, S., & Cowburn, J. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12(2), 154-162.
- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C. M., & Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work & Stress*, 21(1), 30-47.
- Mesmer-Magnus, J. R., DeChurch, L. A., & Wax, A. (2012). Moving emotional labor beyond surface and deep acting A discordance–congruence perspective. *Organizational Psychology Review*, 2(1), 6-53.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. London: SAGE Publications, Inc.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organization. A Synthesis of the Research*. Englewood Cliffs, NJ.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of management review*, 21(4), 986-1010.

- Ng, L. P., Kuar, L. S., & Cheng, W. H. Influence of Work-Family Conflict and Work-Family Positive Spillover on Healthcare Professionals' Job Satisfaction. *Business Management Dynamics*. 5 (11), 01-15.
- Portal da Codificação Clínica e dos GDH (2016). *Hospital: definição e classificação*. Retrieved Setembro 28, 2016, from [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:\\_defini%C3%A7%C3%A3o\\_e\\_classifica%C3%A7%C3%A3o](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:_defini%C3%A7%C3%A3o_e_classifica%C3%A7%C3%A3o)
- Pugh, S. D. (2001). Service with a smile: Emotional contagion in the service encounter. *Academy of management journal*, 44(5), 1018-1027.
- Rego, A., Campos e Cunha, R. & Cabral-Cardoso, C. (2004). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: Editora RH (3ªEdição).
- Rakovski, C. C., & Price-Glynn, K. (2010). Caring labour, intersectionality and worker satisfaction: an analysis of the National Nursing Assistant Study (NNAS). *Sociology of health & illness*, 32(3), 400-414.
- Rafaeli, A., & Sutton, R. I. (1987). Expression of emotion as part of the work role. *Academy of management review*, 12(1), 23-37.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (1995). *Qualitative interviewing: the art of hearing data*. London: SAGE Publications, Inc.
- Rupp, D. E., & Spencer, S. (2006). When customers lash out: the effects of customer interactional injustice on emotional labor and the mediating role of discrete emotions. *Journal of Applied Psychology*, 91(4), 971.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.
- Sanders, R. (2013). The health care initiative for emotional lab ours. *International Journal of Academic Research*, 5(2), 87-91.
- Schaubroeck, J., & Jones, J. R. (2000). Antecedents of workplace emotional labor dimensions and moderators of their effects on physical symptoms. *Journal of Organizational Behavior*, 21(2), 163-183.
- Silverman, D. (2001). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: SAGE Publications
- Smith P. & Gray D. (2000) *The emotional labour of nursing: how student and qualified nurses learn to care*. Report published by South Bank University, London.
- Stayt, L. C. (2009). Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of clinical nursing*, 18(9), 1267-1275.
- Totterdell, P., & Holman, D. (2003). Emotion regulation in customer service roles: testing a model of emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 8(1), 55.

- Waddington, D. (2004). Participant Observation. In C. Cassel & G. Symon (Eds.), *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizations Research* (pp. 323-333). London: Sage.
- Wegge, J., Vogt, J., & Wecking, C. (2007) Customer-induced stress in call centre work: A comparison of audio- and videoconference. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 80, 693-712.
- Wharton, A. (1993). The affective consequences of service work managing emotions on the job. *Work and occupations*, 20(2), 205-232.
- Wharton, A. & Erickson, R. (1993). Managing emotions on the job and at home: Understanding the consequences of multiple emotional roles. *Academy of management Review*, 18(3), 457-486.
- Yin, R. K. (2013). *Case study research: Design and methods*. Sage publications.
- Zammuner, V. & Galli, C. (2005). Wellbeing: Causes and consequences of emotion regulation in work settings. *International review of psychiatry*, 17(5), 355-364.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human resource management review*, 12(2), 237-268.



## **APÊNDICE A: Protocolo do Estudo de Caso**

### **Objetivo geral**

- Compreender a vivência do trabalho emocional em Técnicos Auxiliares de Saúde.

### **Objetivos específicos**

- Compreender de que forma os Técnicos Auxiliares de Saúde gerem as suas emoções no desempenho da sua função;
- Identificar os fatores que intervêm no processo do trabalho emocional;
- Compreender o impacto do trabalho emocional nos Técnicos Auxiliares de Saúde.

### **Breve contextualização teórica**

As mudanças no mundo do trabalho tiveram um papel preponderante no crescimento do setor dos serviços. A globalização, a crescente influência das tecnologias de informação e comunicação e as mudanças demográficas contribuíram para uma desindustrialização e consequente aumento do setor dos serviços (Burke & Ng, 2006), sendo o trabalho manual substituído pelo trabalho mental (Chiavenato, 2004). Desta forma, passa a exigir-se às organizações agilidade, mobilidade e inovação face às mudanças rápidas e imprevistas, impulsionando-as para uma maior eficiência, competitividade e melhor atendimento ao cliente (Chiavenato, 2004; Burke & Cooper, 2006). O cliente assume então um papel central, pelo que as organizações passam a focar-se na capacidade de conquistá-lo. A sobrevivência e o crescimento de uma organização dependem dele, o que leva a que os produtos e serviços sejam continuamente ajustados às suas exigências e necessidades (Chiavenato, 2004).

Por outro lado, assiste-se a um crescente interesse pelas emoções no contexto do trabalho, sendo que atualmente as emoções ocupam um lugar de destaque nas organizações, especialmente nas organizações de serviços (Grama & Botone, 2009). Dada a relevância que as expressões emocionais têm demonstrado ter junto dos clientes, o trabalho emocional passa a ser considerado uma peça chave nas organizações e uma parte integrante do trabalho diário dos trabalhadores cujas funções exigem um contacto próximo com o cliente (Hulsheger & Schewe, 2011). Este caracteriza-se como sendo uma “gestão das emoções, de modo a criar uma expressão facial e corporal publicamente observável”

(Hochschild, 1983), de modo a corresponder às emoções desejadas organizacionalmente (Brotheridge & Lee, 2003). A prestação de um serviço de qualidade é cada vez mais valorizada pelas organizações, pelo que, de modo a poder controlar o serviço fornecido e garantir que segue os padrões de qualidade estabelecidos, as organizações procuram regular a expressão emocional dos trabalhadores em determinadas profissões através de regulamentos organizacionais (Zapf, 2002). A prestação dos serviços passa assim a centrar-se num conjunto de expectativas acerca do que devem ser as reações emocionais dos trabalhadores na interação com os clientes (Hochschild, 1983), exigindo dos trabalhadores a expressão de emoções apropriadas à sua função, de modo a ir ao encontro dos objetivos organizacionais.

As relações estabelecidas com os clientes podem ser muito exigentes e requererem do trabalhador uma grande empatia e envolvimento emocional. Segundo Dormann e Zapf (2004), interagir com um cliente nem sempre é agradável, pelo que esta interação pode provocar insatisfação e stress no trabalhador. Os estudos têm demonstrado que os trabalhadores são muitas vezes confrontados com clientes desagradáveis e por vezes até mesmo com situações de violência (Kern & Grandey, 2009). Estas situações exigem do trabalhador uma capacidade de auto-controlo para inibir as suas emoções de raiva ou tristeza e expressar emoções que podem não ser as genuinamente sentidas mas que serão as esperadas para a sua função (Cheung & Lun, 2015). O tipo de interação estabelecido entre o colaborador e o cliente terá impacto no bem-estar e na eficácia do desempenho do colaborador (Hulsheger & Schewe, 2011). Desta forma, o trabalho emocional pode apresentar consequências negativas para a saúde dos trabalhadores, tais como o stress ocupacional e o burnout (Hochschild, 1983). Contudo, existem também autores que defendem que o trabalho emocional pode produzir efeitos positivos para o trabalhador, como sentimentos de auto-eficácia e relacionamentos gratificantes (Grandey & Diamond, 2010; Brotheridge & Grandey, 2002).

Embora inicialmente o foco de estudo do trabalho emocional fossem profissões caracterizadas por uma interação homogénea e indiferenciada (Gutek, 1995), atualmente o conceito do trabalho emocional tem sido estudado em contextos cujas interações são mais personalizadas, mas de igual modo emocionalmente exigentes, como é o caso do contexto da saúde. Os estudos neste contexto têm sido realizados sobretudo com enfermeiros (De Castro, 2004; Mann & Cowburn, 2005), verificando-se uma carência de estudos acerca deste fenómeno noutros profissionais de cuidados de saúde, como é o caso dos Técnicos Auxiliares de Saúde. Tendo em conta que estes profissionais estão na “linha da frente” na

prestação de cuidados de saúde, traduzindo-se numa relação próxima com os pacientes e numa influência significativa na sua qualidade de vida diária (Rakovski & Price-Glynn, 2010), consideramos pertinente aprofundar o estudo do trabalho emocional nesta população em particular.

## **Procedimento Metodológico**

### **1. Estudo de Caso**

Consideramos pertinente um estudo uma investigação de carácter qualitativo e exploratório, descritivo, não-experimental e transversal tendo em conta a carência de informação acerca da vivência do trabalho emocional em TAS (Sampieri, Collado & Lucio, 2006). Optámos por um estudo de caso simples embutido cujo contexto é o hospitalar, o caso é a função de Técnico Auxiliar de Saúde e as unidades de análise são os participantes entrevistados.

### **2. Seleção do Contexto**

O contexto selecionado foi o hospitalar, englobando tanto hospitais públicos como privados, pertencentes aos distritos de Aveiro e Porto.

### **3. Seleção dos Participantes**

Através da amostragem em bola de neve. Os critérios de escolha foram: 1) TAS que no desempenho das suas funções e na área de especialidade onde trabalhavam tivessem um contacto próximo com os pacientes, exigindo estabelecer uma interação com eles e dessa forma terem necessidade de gerir as suas emoções, dada a abrangência de tarefas desta população; 2) TAS cujo trabalho fosse realizado num contexto similar, neste caso em contexto hospitalar.

### **4. Técnica de Recolha de dados:** Entrevista semiestruturada.

### **5. Questões de Ordem logística:** Disponibilidade dos colaboradores; local de realização das entrevistas.

### **6. Questões de Investigação:**

- Quais as estratégias de regulação emocional utilizadas pelos Técnicos Auxiliares de Saúde?
- Quais os fatores que intervêm no processo de trabalho emocional?
- Quais as consequências do trabalho emocional para os Técnicos Auxiliares de Saúde?

## 7. Questões centrais a realizar aos entrevistados

- Dados biográficos (sexo, idade);
- Dados profissionais (formação, hospital, área de especialidade, antiguidade na função; antiguidade na organização);
- Aspetos relacionados com as *display rules* e com a formação que teve relevante para a sua função, quer no hospital, quer fora dele;
- Fatores intervenientes no processo de trabalho emocional;
- Estratégias de regulação emocional utilizadas no desempenho das suas funções;
- Consequências positivas e negativas do trabalho emocional.

8. **Técnica de recolha de dados:** Análise de conteúdo, utilizando como critério de recorte a semântica. Recurso ao software Nvivo11.

## 9. Cronograma do projeto

| Fase                       | Data                          |
|----------------------------|-------------------------------|
| Planeamento e preparação   | Março 2015 – Setembro 2015    |
| Implementação do projeto   | Outubro 2015 – Fevereiro 2016 |
| Recolha e análise de dados | Fevereiro 2016 – Junho 2016   |
| Análise dos dados          | Junho 2016 – Agosto 2016      |
| Redação do relatório       | Setembro 2016 - Outubro 2016  |
| Publicação                 | Outubro 2016                  |



## **APÊNDICE B: Guião da Entrevista Semiestruturada**

*Sou estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia, na área da Psicologia das Organizações, Social e Trabalho, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. No âmbito da minha dissertação de mestrado estou a desenvolver, sob a orientação da professora Filomena Jordão, uma investigação que pretende compreender a vivência do trabalho emocional em Técnicos Auxiliares de Saúde.*

*O trabalho emocional diz respeito a um esforço intencional por parte dos trabalhadores em gerir as suas emoções na interação com o cliente, de modo a exibir as emoções esperadas na função. Sendo as profissões que exigem uma interação com o cliente emocionalmente exigentes, os trabalhadores podem reagir naturalmente à situação ou então ter necessidade de reajustar as suas emoções ou esconde-las.*

*Caso esteja de acordo com a declaração de consentimento informado, gostaria então de lhe colocar algumas questões sobre a sua função e a forma como gere as suas emoções no desempenho da mesma. Após o preenchimento do consentimento poderemos dar início à entrevista.*

### **DADOS BIOGRÁFICOS**

- Sexo
- Idade

### **SITUAÇÃO PROFISSIONAL**

- Formação
- Hospital
- Especialidade/ Unidade
- Antiguidade na função
- Antiguidade na organização

## QUESTÕES

### **Display Rules**

1. Durante a formação relativa à sua função, quer no hospital quer fora dele, foram-lhe comunicadas regras de comportamento e expressão emocional? Se sim, poderia referi-las? (*dentro vs fora do hospital*)
2. Sente que essa formação foi necessária? Porquê?
3. Em que medida e de que forma sente que essa formação condiciona a sua interação com os pacientes? Exemplifique.

### **Fatores Intervenientes no Trabalho Emocional**

4. Quais os fatores que facilitam a sua interação com os pacientes? (*características pessoais; características da função; comportamento do paciente e/ou dos familiares*)
5. Quais os fatores que podem dificultar a sua interação com os pacientes? (*características pessoais; características da função; comportamento do paciente e/ou dos familiares*)

### **Estratégias de Regulação Emocional**

6. Na interação com um paciente, como gere a expressão das suas emoções? (*de acordo com o que é exigido; genuinamente*)
7. Alguma vez teve de expressar emoções que não eram as sentidas e/ou suprimir emoções negativas?
  - 7a. Poderia referir duas situações em que isso tenha acontecido?
  - 7b. Como reagiu nessas situações?
  - 7c. Que estratégias utilizou para se poder comportar de acordo com as emoções esperadas na sua função/organização?

### **Consequências do Trabalho Emocional**

8. Que efeitos negativos podem resultar da gestão que faz das suas emoções durante a sua interação com os pacientes?

9. Que efeitos positivos podem resultar da gestão que faz das suas emoções durante a sua interação com os pacientes?

*Da minha parte já tenho toda a informação que necessito, há mais alguma questão que gostaria de desenvolver? Algo que não foi abordado e que gostaria de salientar relacionado com o tema?*

*Após esta entrevista poderá ser necessário complementar dados, por isso queria perguntar-lhe se não se importaria de, caso necessário, ser contactado/a novamente.*

*Muito obrigada pela sua colaboração.*

### **APÊNDICE C: Declaração de Consentimento Informado**

Esta entrevista faz parte de uma investigação sobre o Trabalho Emocional que está a ser desenvolvida sob a supervisão da professora Filomena Jordão, no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

A investigação tem como objetivo a compreensão da vivência do trabalho emocional em Auxiliares de Ação Médica.

Assim, gostaria de lhe colocar algumas questões sobre a sua experiência enquanto Auxiliares de Ação Médica e sobre a forma como gere as emoções no desempenho do seu trabalho. Por razões de ordem científica, as entrevistas deverão ser gravadas, mas garantimos a confidencialidade da informação recolhida, que apenas será utilizada no âmbito desta investigação.

Agradecemos a sua disponibilidade.

Eu, \_\_\_\_\_, participo de livre vontade nesta investigação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, consciente de que a informação por mim facultada será totalmente confidencial e utilizada única e exclusivamente para os fins académicos enunciados.

Porto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

## APÊNDICE D: Sistema de Categorias

|            |                                       |  |  |  |
|------------|---------------------------------------|--|--|--|
| FREE NODES | Verbalizações do participante         | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas à caracterização pessoal e profissional dos participantes, assim como verbalizações dos participantes que não estão relacionadas com a temática de estudo. |  |  |
|            |                                       | Dados pessoais   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas à idade e às habilitações literárias dos participantes.  |  |
|            |                                       | Dados profissionais  | Situação profissional  | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas ao local onde trabalha, a área de especialidade em que exerce funções, a antiguidade na organização e na função. |
|            |                                       |  | Formação   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas à formação pertinente para o desempenho da função de TAS (ex. formação de carácter técnico).                     |
|            |                                       | Outras verbalizações   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações que não se relacionam com a temática de estudo.  |  |
|            | Verbalizações da entrevistadora       | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações proferidas pela entrevistadora.  |  |  |
| TREE NODES | Estratégias de Regulação Emocional    | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas às estratégias adotadas pelos TAS de modo a gerirem as suas emoções na interação com os pacientes e com os seus familiares.                                |  |  |
|            |                                       | Deep Acting  | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas à utilização de uma estratégia onde o TAS gere internamente as suas emoções durante a interação com o paciente e com os seus familiares, reavaliando a situação.                     |  |
|            |                                       | Surface Acting   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas à utilização de uma estratégia onde o TAS gere apenas a sua expressão emocional durante a interação com o paciente e com os seus familiares, escondendo as suas verdadeiras emoções. |  |
|            |                                       | Regulação Automática   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas á utilização de uma estratégia de regulação emocional onde o TAS expressa espontaneamente as emoções durante a interação com o paciente e com os seus familiares.                    |  |
|            | Fatores intervenientes no processo do | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas aos fatores que intervêm no processo de trabalho emocional.  |  |  |
|            |                                       | Técnico Auxiliar de  | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas a fatores relacionados com o TAS que intervêm no processo de trabalho emocional.   |  |

|  |                           |                             |  |  |
|--|---------------------------|-----------------------------|--|--|
|  | <b>Trabalho Emocional</b> | <b>Saúde (TAS)</b>          | Características pessoais   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas a características de personalidade do TAS (ex. amabilidade) e outros aspectos pessoais (ex. vocação para lidar com os pacientes; educação) que intervêm no processo de trabalho emocional. |
|  |                           |                             | Experiência  | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas à experiência do TAS (ex. situações vivenciadas anteriormente ajudam a lidar atualmente; tempo de experiência) que intervêm no processo de trabalho emocional.                             |
|  |                           |                             | Estado de humor  | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas ao estado de espírito do TAS que intervêm no processo de trabalho emocional.   |
|  |                           | <b>Função / Organização</b> | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas a fatores relacionados com a função de TAS e/ou com a organização onde exerce a função que intervêm no processo de trabalho emocional. |  |
|  |                           |                             | <i>Display Rules</i>   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas a regras organizacionais e/ou inerentes à função que regulem a atuação do TAS na interação com o paciente, intervindo no processo de trabalho emocional.                                   |
|  |                           |                             | Horário de trabalho  | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas ao horário de trabalho (ex. turnos seguidos) do TAS que intervêm no processo de trabalho emocional.  |
|  |                           |                             | Carga de trabalho  | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas à carga de trabalho do TAS que intervêm no processo de trabalho emocional.   |
|  |                           |                             | Duração da interação   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas à duração da interação entre o TAS e o paciente que intervêm no processo de trabalho emocional.  |
|  |                           |                             | Especialidade/ Unidade   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas às características e especificidades da especialidade ou unidade onde o TAS exerce funções, que intervêm no processo do trabalho emocional.  |
|  |                           | <b>Paciente</b>             | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas a fatores relacionados com o paciente com quem o TAS interage que intervêm no processo de trabalho emocional.                          |  |

|  |               |   |  |   |
|--|---------------|---|--|---|
|  |               |   | Comportamento do paciente  | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas ao comportamento do paciente (ex. simpatia, agressividade) que intervém no processo de trabalho emocional.  |
|  |               |   | Características do paciente  | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas às características do paciente (ex. idade, género, estatuto social) que intervém no processo de trabalho emocional.   |
|  |               |   | Situação clínica do paciente   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas à situação clínica do paciente (ex. estado de saúde mais grave) que intervém no processo do trabalho emocional.   |
|  |               |   | Comportamento dos familiares do paciente   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas ao comportamento dos familiares do paciente que intervém no processo de trabalho emocional.   |
|  | Consequências | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas às consequências do processo do trabalho emocional para os TAS, quer positivas, quer negativas. |  |   |
|  |               | Positivas   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas a efeitos positivos do processo do trabalho emocional para os TAS. |   |
|  |               |   | Satisfação no trabalho   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas a sentimentos de satisfação e gratificação percebidos na relação com o paciente em consequência da gestão das emoções.  |
|  |               | Negativas   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas a efeitos negativos do processo do trabalho emocional para os TAS. |   |
|  |               |   | Pessoais   | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas a sentimentos de desgaste psicológico (ex. stress) e emocional, e verbalizações referentes à interferência das vivências com os pacientes na vida pessoal do TAS em consequência da gestão das emoções. |
|  |               |   | Profissionais  | Nesta categoria codificam-se todas as verbalizações relativas à ação do TAS em manter um distanciamento emocional do paciente no desempenho das suas funções em consequência da gestão das emoções.   |

## APÊNDICE E: Estratégias de Regulação Emocional

**Quadro 3: Verbalizações acerca das estratégias de regulação emocional**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Surface acting</b>       | <i>“Tentava transmitir sempre otimismo, sabia perfeitamente que o doente não teria possibilidade ou muitas possibilidades de recuperar do problema de saúde, porque nós tínhamos muitas neoplasias em fases terminais, pronto, sabíamos que estavam ali a prazo para morrer, eles próprios diziam “Eu já sei que vou sair daqui direto para o cemitério”, diziam mesmo isso, eu dizia “Onde é que está o homem forte que eu conheço?”, dizia sempre assim qualquer coisa para os animar” (P2)</i>  |
|                             | <i>“cheguei lá, ele estava assim normal, (...) apertou-me uma mão e faleceu, e eu respirei fundo, estava lá a família, e elas disseram “Ai”, eu disse “saíam um bocadinho que vou chamar a enfermeira”, corri as cortinas e fui chamar a enfermeira, e depois fugi de lá e fui para a copa chorar, porque aquilo pronto, e depois é que fui acabar por ajudar a fazer a múmia do senhor” (P6)</i>  |
|                             | <i>“claro que há doentes que estão em situações más e a gente sabe que provavelmente já não sairá daqui com vida, mas a gente tenta sempre que ele pense que vai ficar bem, e às vezes o doente pergunta e a gente diz que sim, e que vai ficar bem, e que vai sair daqui bem, e que é só uma fase, mas a gente sabe que não.” (P9)</i>  |
| <b>Deep acting</b>          | <i>“Ai como é que eu giro as emoções... ora pensar muitas vezes no que aprendi no curso, pôr-nos no lugar do doente, se fosse eu, se fosse um familiar meu... muitas vezes olha, “respira [nome da entrevistada], tem calma contigo”, muitas vezes falo comigo “[nome da entrevistada], tem calma contigo, estás aqui porque tu quiseste, ninguém te mandou”... penso muitas vezes no meu pai, penso muitas vezes na minha sogra, (...) imagino que se fosse o meu pai que estivesse ali, penso muito nisso, e tento ultrapassar” (P4)</i> |
|                             | <i>“e até tenho medo ao dizer “Vai ver que vai correr tudo bem” e depois se não corre, estivemos ali a induzir um bocado em erro, é mais o “Tenha calma, fale com o médico, ouça o que ele tem para lhe dizer”, e vamos ver a melhor maneira, nunca alongar mais do que isto, pode sobrar para nós.” (P7)</i>  |
| <b>Regulação Automática</b> | <i>“No caso de a pessoa me dizer, aqui há dias houve uma senhora que foi fazer uma ressonância, passado um bocado veio aqui e disse-nos que tinha um tumor na cabeça e eu disse, aquilo ficou de tal maneira, eu sou sincera, eu digo sempre “Não tenho palavras” quando são coisas assim extremamente chocantes, a senhora dizer-me que tem um cancro na cabeça que descobriu praí há 2 minutos eu digo “Olhe, eu não sei o que lhe dizer”, sou sincera” (P1)</i>   |



## APÊNDICE F: Fatores que intervêm no processo do trabalho emocional

**Quadro 5: Verbalizações acerca dos fatores que intervêm no processo do trabalho emocional**

|                           |   |  |
|---------------------------|---|--|
| Técnico Auxiliar de Saúde | Características Pessoais  | “mas é para mim mais difícil estar com um ar sisudo, um ar mais sério, pronto, e manter a postura de um ar mais sério, do que ter um ar descontraído e tentar de certa forma animar a pessoa que vem” (P1)   |
|                           |   | “Eu sou muito positiva acima de tudo e tento passar a minha positividade para os doentes, tento que eles pensem positivo...” (P9)  |
|                           | Experiência   | “é um bocadinho complicado, até nos habituarmos, eu acabei por me habituar, e depois ver as pessoas que nós tratávamos mortas já começou a fazer parte do dia-a-dia” (P2)  |
|                           |   | “mas isso só a experiência, eu acho que só, só a experiência faz com que a pessoa tenha essa... (...) é só com o tempo, o tacto para saber lidar com a situações” (P3)   |
| Humor                     | “eu tento não trazer muita coisa de fora, mas influencia, claro que sim, ninguém é de ferro e todos nós temos problemas e claro que se reflete na nossa maneira de ser, se nós tivermos problemas não vamos andar com a cabeça tão concentrada no que estamos a fazer, mas tentamos da melhor forma que isso não transpareça, mas transparece sempre, é quase impossível não transparecer” (P9) |  |
| Função / Organização      | Display Rules   | “a simpatia é logo em primeiro lugar, e fazemos tudo o que estiver ao nosso alcance para o doente se sentir bem” (P2)  |
|                           |   | “Ser educada, respeitar o doente, ter cuidado na maneira como se manuseia o doente... tanta coisa lá dentro... o que o meu chefe diz é que o doente tem sempre razão” (P4)   |
|                           | Horário de trabalho   | “ao fim de 22 dias de trabalho, cheguei a ter 10 noites, eu andava com a minha cabeça muito alterada, e sim claro, vai afetar, o facto de perder noites e em termos de horários noturnos, como vai lidar com o doente, com os colegas de trabalho e como vai lidar com as pessoas em casa, afeta sem dúvida nenhuma.” (P2)   |
|                           |   | “ao começar do dia, ao começar a manhã a gente leva isto tudo na brincadeira, mas se entras às 8 da manhã e saís às 8 da noite, chega às 4, 5 horas e já te arrastas, já começa a pesar o cansaço, eu por exemplo, se fizer 12 horas lá dentro, eu chego às 5 da tarde e já troco os nomes dos doentes, já estamos cansadas e já não temos tanta paciência obviamente” (P4)  |
|                           | Carga de trabalho   | “mas também nós sabemos à partida quando saímos de casa, que, por exemplo, que o domingo vai ser um dia à partida mais calminho do que será uma quarta-feira à tarde, por isso eu não venho com a mesma disponibilidade, com a mesma paciência a um domingo e a uma quarta-feira à tarde” (P1)   |
|                           |   | “e a pessoa o que é que quer ver quando chega ao serviço de urgência ou a outro serviço qualquer? Uma cara contente, uma cara bem-disposta e que a trate bem, e sempre que o serviço flui normalmente eu consigo fazer isso, mas quando eu fico com stress, já não consigo ser tão simpática como gostaria, portanto afeta, o serviço ao apertar um bocadinho vai afetar um bocadinho o meu humor e a minha estabilidade” (P2) |
| Duração da interação      | “e quando eles estão aqui há muito tempo uma pessoa acaba por vivenciar um bocado aquilo” (P7)  |  |

|          |  |  |
|----------|--|--|
|          |  | <i>“um internamento curto a gente vê o doente hoje, amanhã vai embora, não cria ligação nenhuma, agora nós temos doentes no serviço há anos, eu tenho um doente que eu conheço desde que vim para cá trabalhar, conheço-o há dois anos e o doente está sempre igual, a gente tem que estar sempre com ele todos os dias, eu conheço-o há dois anos, é quase como se estivesse há dois anos todos os dias com ele, portanto são doentes diferentes, a gente cria uma ligação diferente com eles.” (P9)</i>  |
|          | Especialidade/<br>Unidade                      | <i>“em intermédios acho que se consegue criar uma ligação maior porque são doentes que falam, acaba por se criar uma ligação, uma empatia maior do que aqui nos cuidados intensivos, porque não falam tanto, porque depois demoram muito tempo a ser extubados, lá é mais fácil, o doente poder contactar a nível de falar, cria-se um laço muito maior do que aqui, mas também acho que se sofre lá mais do que aqui, se se vir o doente a piorar sofre-se mais lá do que aqui, esta unidade [intensivos] é mais vista como uma unidade de certo sofrimento para os familiares e para o próprio doente, por isso a nível de relação os intermédios é mais fácil criar uma relação, boa ou má”(P7)</i> |
| Paciente | Comportamento<br>do paciente                   | <i>“há pessoas que gostam mais de atenção, há pessoas que gostam de menos, mas isso nota-se na pessoa em si, e então eu chego-me mais ou chego-me menos, chego-me o suficiente para que a pessoa se sinta bem, basicamente é assim.” (P3)</i>  |
|          |  | <i>“se for um doente mais querido nós acabamos por ter uma postura um bocadinho mais querida, embora a nível de desempenho do trabalho tenha que ser igual, a nossa maneira de falar com o doente, por exemplo, se tivermos a fazer qualquer coisa, é diferente (...) mas quanto mais eles são agressivos maior a dificuldade, acaba por nos criar uma dificuldade muito maior, a predisposição para estar num contacto maior com o doente é diferente, gostamos sempre mais de estar com uns, de posicionar uns ou tratar de uns do que dos outros, mas são tratados de igual forma” (P7)</i>   |
|          | Características<br>do paciente                 | <i>“Eu acho que as situações que mexem mais comigo é aparecer uma criança cancerosa, a mim toca-me muito as crianças, também me toca os adultos, mas uma criança pelo amor de deus, nem se discute” (P8)</i>   |
|          |  | <i>“quando são mais novos há uma tendência para me identificar mais, e o receio é maior, o medo, não saber o que fazer, é mais difícil.” (P7)</i>  |
|          | Situação clínica<br>do paciente                | <i>“e com demência, esses pronto, estão doentes assim, mas também tratam mal, nós chegamos à beira deles e eles “Já me vens amarrar?”, tratam-nos muito mal, mesmo, mas lido bem com essa situação porque o doente está doente não é?” (P6)</i>  |
|          |  | <i>“há doentes que o próprio diagnóstico que têm os fazem ser mais agressivos e hoje estão bem e amanhã não estão, e nós temos que gerir isso, é complicado, claro que sim, mas nós temos que ver a melhor forma de lidar com ele” (P9)</i>  |
|          | Comportamento<br>dos familiares<br>do paciente | <i>“Por vezes os familiares são piores que os doentes... por exemplo, temos doentes que às vezes os familiares cansam-nos mais do que o próprio doente, os familiares querem saber tudo, tudo, tudo, depois querem interferir no nosso trabalho e nós temos normas a cumprir, não é?” (P9)</i>   |
|          |  | <i>“e depois é difícil dizer-lhe qualquer coisa quando os próprios percebem que o doente ontem estava melhor e hoje está pior, e chegam cá fora e estão a chorar e tento não vir muito” (P7)</i>   |

## APÊNDICE G: Consequências do trabalho emocional

Quadro 7: Verbalizações acerca das consequências do trabalho emocional

|                         |                        |  |
|-------------------------|------------------------|--|
| Consequências Positivas | Satisfação no trabalho | <p>“É o doente, para mim eu estar ali a tratar do doente é a melhor coisa que pode haver, e quando eles melhoram, melhor ainda, e quando eles melhoram e vão-se embora, dão-nos beijinhos, essas coisas todas, isso para nós é fantástico, pelo menos para mim é...” (P6)</p> <p>“há idosas que dizem “Ai obrigada menina, Nosso Senhor a ajude, você foi muito querida, você foi muito meiguinha comigo” e isso até sabe bem ouvir, ficamos satisfeitas” (P4)</p>   |
|                         |                        |  |
| Consequências Negativas | Pessoais               | <p>“mas acaba por mexer a nossa cabeça e de quem está em casa, depois a pessoa vai mais irritada, vai triste, eu tento não passar, já passei muito, já levei muito, a pessoa ia triste e nem queria falar, porque levava os problemas daqui, agora tento abstrair-me, tentar mesmo bater a porta e ficar, embora é difícil, mas tento, mas mexe com a cabeça, mexe...” (P5)</p> <p>“Considero, mas posso-lhe dizer que acho que já fui mais [paciente] porque quando... as vezes saía daqui esgotada a vários níveis e depois em casa é que sentia que já não tinha a mesma paciência que tinha antes, ou seja, já estava esgotada, está a entender? E as minhas filhas diziam assim “Tu és a pessoa que eu conheço que mais paciência tem e hoje não estás com paciência” “Pois, porque emocionalmente já estou um bocadinho esgotada, e fisicamente”, porque o serviço em que eu estava era muito esgotante física e emocionalmente, muito, muito esgotante, então se estamos esgotadas a esses dois níveis chegamos a casa depois de 8 horas de fazer esse serviço muito esgotadas, e depois já não damos rendimento em casa a vários níveis também” (P2)</p> |
|                         |                        | <p>“presto a atenção que devo prestar e se precisar de alguma coisa e isso, mas tento não me envolver muito mais do que isso porque sei que eu própria tenho muita facilidade em chorar e a minha expressão diz muito, então é melhor não estar à beira deles senão começo eu e eles” (P7)</p> <p>“É assim, acima de tudo não nos podemos deixar envolver, porque se nos envolvermos com as emoções é muito complicado, nós temos doentes que morrem no serviço e nós temos de saber gerir essas emoções porque nem sempre é fácil, não é? E se nós levarmos o doente como se fosse da nossa família vai ser muito mais difícil de gerir.” (P9)</p>  |
|                         | Profissionais          |  |
|                         |                        |  |